

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP), do Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Khu vực Miền Nam California cung cấp

Cẩm nang Hội viên

1 tháng Một, 2024 – 31 tháng Mười Hai, 2024

Bảo hiểm Y tế và Thuốc của quý vị theo Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP), do Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Khu vực Miền Nam California cung cấp

Giới thiệu Cẩm Nang Hội Viên

Cẩm Nang Hội Viên này, còn được gọi là Chứng Từ Phạm Vi Bảo Hiểm, sẽ cho quý vị biết thông tin về phạm vi bảo hiểm của mình theo chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 tháng Mười Hai năm 2024. Cẩm nang này cũng giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần cũng như rối loạn do sử dụng chất gây nghiện), phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa, cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở **Chương 12** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy giữ tài liệu này tại một nơi an toàn.

Khi **Cẩm Nang Hội Viên** nhắc tới “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “chương trình của chúng tôi”, có nghĩa là đang nhắc tới **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**.

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác, như chữ in lớn, chữ nổi và/hoặc bản âm thanh bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang này. Cuộc gọi được miễn cước.

Hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu những điều sau:

- Ngôn ngữ ưa thích khác ngoài tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,
- Yêu cầu thêm vào địa chỉ, thông tin liên lạc thường dùng để trao đổi trong tương lai **và**
- Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Chúng tôi cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, biên dịch tài liệu sang ngôn ngữ của quý vị hoặc ở các định dạng khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các thiết bị và trợ giúp phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Chỉ cần gọi điện cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (đóng cửa các ngày lễ). Người dùng TTY hãy gọi số **711**.

Tuyên bố không chịu trách nhiệm

- ❖ Kaiser Permanente là một chương trình của Tổ Chức Bảo Trì Sức Khỏe (HMO) D-SNP có hợp đồng với Medicare và chương trình Medi-Cal. Quy trình ghi danh với Kaiser Permanente tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- ❖ Phạm vi bảo hiểm theo chương trình này là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện được gọi là “bảo hiểm thiết yếu tối thiểu”. Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu trách nhiệm chia sẻ cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Giá Cả Phải Chăng (ACA). Truy cập trang mạng của Sở Thuế Vụ (IRS) theo địa chỉ **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** để biết thêm thông tin về yêu cầu chia sẻ trách nhiệm của từng cá nhân.
- ❖ Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp cho Hội Viên của Kaiser Permanente theo Medi-Cal phải tuân theo mọi điều khoản, điều kiện, các giới hạn cũng như những trường hợp loại trừ được ấn định trong hợp đồng giữa Kaiser Foundation Health Plan, Inc. và Bộ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS), đồng thời phải được liệt kê trong **Cẩm Nang Hội Viên** này và bất kỳ phần sửa đổi nào khác.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Phân Giới Thiệu

Chương này cung cấp thông tin về **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, chương trình bảo hiểm sức khỏe có phạm vi bảo hiểm bao gồm tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal và điều phối tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị cũng như tư cách hội viên của quý vị trong các chương trình đó. Ngoài ra, quý vị sẽ biết có gì trong chương trình và chúng tôi sẽ cung cấp thêm thông tin gì khác. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương 1 Mục Lục

A.	Chào mừng quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi	3
B.	Thông tin về Medicare và Medi-Cal	3
	B1. Medicare	3
	B2. Medi-Cal.....	3
C.	Ưu điểm của chương trình.....	4
D.	Khu Vực Phục Vụ trong chương trình của chúng tôi	5
E.	Điều kiện trở thành hội viên của chương trình là gì	6
F.	Quý vị có thể mong đợi điều gì khi lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi	6
G.	Đội ngũ chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị	9
	G1. Đội ngũ chăm sóc.....	9
	G2. Chương trình chăm sóc.....	9
H.	Chi phí hàng tháng của quý vị cho Chương Trình Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) của chúng tôi	9
I.	Cẩm Nang Hội Viên của quý vị	10
J.	Các thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị	10

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

J1. Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên Của Quý Vị	10
J2. Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp	11
Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới.....	12
Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới	12
J3. Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ	12
J4. Giải Thích Quyền Lợi.....	13
K. Hãy luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị.....	13
K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI).....	14

A. Chào mừng quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho các cá nhân đủ điều kiện cho cả hai chương trình trên. Trong chương trình của chúng tôi có các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, các nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp khác. Chúng tôi cũng có các điều phối chăm sóc và đội ngũ chăm sóc sẽ giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Tất cả các nhà cung cấp này sẽ cùng nhau hợp tác để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho hội viên thông qua chương trình chăm sóc y tế tích hợp. Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe, Bệnh viện thuộc Chương trình và Tổ chức Y khoa Permanente Miền Nam California (“Tổ chức Y khoa”) làm việc cùng nhau để cung cấp cho các hội viên của chúng tôi dịch vụ chăm sóc chất lượng. Chương trình chăm sóc y tế của chúng tôi cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận các dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể cần, chẳng hạn như chăm sóc định kỳ, chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ phòng xét nghiệm, chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp và các lợi ích khác được mô tả trong **Cẩm Nang Hội Viên** này. Ngoài ra, các chương trình giáo dục về sức khỏe của chúng tôi có thể giúp quý vị biết cách thức để bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang, dành cho:

- Người từ 65 tuổi trở lên,
- Một số đối tượng dưới 65 tuổi mắc các rối loạn nhất định, và
- Người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên chương trình Medicaid của California. Medi-Cal là chương trình do tiểu bang vận hành, và được thanh toán bởi chính quyền tiểu bang và liên bang. Medi-Cal giúp những người có thu nhập cũng như nguồn lực hạn chế thanh toán Dịch Vụ Và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS) cùng chi phí y tế. Chương trình có xét chi trả cho các dịch vụ và thuốc thêm mà Medicare không chi trả.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Mỗi tiểu bang sẽ quyết định:

- Những gì được coi là thu nhập và nguồn lực,
- Bất cứ ai đủ điều kiện
- Dịch vụ nào được đài thọ, **và**
- Chi phí dịch vụ.

Tiểu bang có thể quyết định cách vận hành các chương trình của bang, với điều kiện chương trình đó tuân thủ nguyên tắc của liên bang.

Medicare và tiểu bang California đã phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal thông qua chương trình của chúng tôi, với điều kiện:

- Chúng tôi lựa chọn cung cấp chương trình, **và**
- Medicare và tiểu bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Ngay cả khi sau này nếu chương trình của chúng tôi dừng hoạt động, tư cách đủ điều kiện sử dụng dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng.

C. Ưu điểm của chương trình

Giờ đây quý vị sẽ sử dụng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được bảo hiểm thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm thuốc theo toa. **Quý vị không phải trả thêm phí để tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe này.**

Chúng tôi góp phần kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị tốt hơn, vì lợi ích của quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị có thể hợp tác với chúng tôi để đáp ứng **hầu hết** nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có một đội ngũ chăm sóc do chính quý vị thiết lập. Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, điều dưỡng, tư vấn và các chuyên gia y tế khác.
- Quý vị sẽ có thể liên hệ với người điều phối chăm sóc. Người này sẽ làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi, với đội ngũ chăm sóc của quý vị để hỗ trợ xây dựng chương trình chăm sóc.
- Quý vị có thể tự chỉ đạo việc chăm sóc cho bản thân dưới sự hỗ trợ của đội ngũ chăm sóc và điều phối chăm sóc của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Đội ngũ chăm sóc và điều phối chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để xây dựng chương trình chăm sóc được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu y tế của quý vị. Đội ngũ chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ mà quý vị cần. Ví dụ, điều này có nghĩa là đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo:
- Bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc mà quý vị uống, để họ có thể đảm bảo quý vị đang dùng đúng thuốc và có thể giảm các tác dụng phụ mà quý vị có thể gặp phải từ các thuốc đó.
- Kết quả xét nghiệm của quý vị sẽ được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị, nếu phù hợp.

Các hội viên mới của Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 Plan của chúng tôi để nhận các quyền lợi của Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu được ghi danh vào **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị trong một tháng bổ sung. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Sẽ không có sự chênh lệch trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)** nếu quý vị có thắc mắc. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

D. Khu Vực Phục Vụ trong chương trình của chúng tôi

Khu vực phục vụ của chúng tôi cho chương trình này bao gồm **Quận Orange** ở California. Ngoài ra, khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm:

- **Quận Los Angeles**, ngoại trừ đảo Catalina
- **Quận Riverside**, ngoại trừ các Mã Zip sau: 92028, 92225-26, 92239, 92254, 92274, 92536, 92539, 92549 và 92561.
- **Quận San Bernardino**, ngoại trừ các Mã Zip sau: 92242, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92280, 92284-86, 92301, 92304, 92309-12, 92323, 92327, 92332, 92338, 92342, 92347, 92356, 92363-66, 92368, 92398, 93516, 93555, 93562 và 93592.
- **Quận San Diego**, ngoại trừ các Mã Zip sau: 91905-06, 91934, 91948, 92004, 92036, 92066 và 92070.

Chỉ những ai sinh sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể tham gia chương trình này.

Quý vị không thể tham gia chương trình nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi. Tham khảo **Chương 10** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin về những ảnh hưởng có thể xảy ra nếu quý vị rời khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E. Điều kiện trở thành hội viên của chương trình là gì

Quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị:

- Sinh sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi (các cá nhân bị giam giữ không được xem là sống tại khu vực phục vụ địa lý ngay cả khi họ thực sự sống ở đó.), **và**
- Từ 21 trở lên vào thời điểm đăng ký tham gia, **và**
- Có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hay hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ **và**
- Hiện đủ điều kiện cho Medi-Cal.

Nếu quý vị mất tình trạng hội đủ điều kiện Medi-Cal nhưng dự kiến sẽ đủ điều kiện lại trong vòng 4 tháng thì quý vị vẫn đủ điều kiện trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Để biết thêm thông tin, xin gọi Dịch Vụ Hội Viên.

F. Quý vị có thể mong đợi điều gì khi lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi

Khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày đăng ký có hiệu lực của quý vị.

Chúng tôi phải hoàn thành HRA cho quý vị. HRA này là cơ sở để xây dựng chương trình chăm sóc sức khỏe cho quý vị. HRA bao gồm các câu hỏi xác định nhu cầu y tế, sức khỏe hành vi và chức năng của quý vị.

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để làm HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA thông qua một buổi gặp trực tiếp, gọi điện thoại hoặc thư tín.

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

Nếu đây là lần đầu quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với các bác sĩ quý vị hiện đang thăm khám trong một thời gian nhất định, nếu họ không ở trong mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đây là tiếp tục dịch vụ chăm sóc. Nếu họ không ở trong mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể duy trì các nhà cung cấp hiện tại của mình và cho phép dịch vụ tại thời điểm quý vị ghi danh tham gia trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc nhà cung cấp của quý vị phải yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp hiện tại của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Chúng tôi công nhận rằng quý vị có quan hệ hiện hữu với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chăm sóc chuyên khoa, kèm một số ngoại lệ. “Quan hệ hiện hữu” có nghĩa là quý vị gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để thăm khám thông thường, không phải trường hợp cấp cứu, ít nhất một lần trong 12 tháng trước ngày bắt đầu ghi danh vào chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi xác định quan hệ hiện hữu thông qua rà soát thông tin sẵn có về sức khỏe của quý vị hoặc thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi.
 - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định sớm hơn, khi đó chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày. Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải trả lời trong vòng 3 ngày.
 - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải xuất trình chứng từ về quan hệ hiện hữu và đồng ý các điều khoản nhất định khi quý vị đưa ra yêu cầu đó.

Lưu ý: Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này đối với các nhà cung cấp Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME) trong ít nhất 90 ngày cho đến khi chúng tôi cho phép cho thuê lần mới và yêu cầu nhà cung cấp trong mạng lưới thực hiện dịch vụ cho thuê. Mặc dù quý vị không thể đưa ra yêu cầu này đối với các nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở hoặc các nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ khác, nhưng quý vị có thể đưa ra yêu cầu đối với các dịch vụ chuyên chở hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không có trong chương trình của chúng tôi.

Sau khi thời gian tiếp tục dịch vụ chăm sóc kết thúc, quý vị sẽ cần phải sử dụng các bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới Medicare Medi-Cal Plan của chúng tôi, trừ khi chúng tôi ký hợp đồng với bác sĩ ngoài mạng lưới đó của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Hãy tham khảo Chương 3 trong Cẩm Nang Hội Viên của quý vị để biết thêm thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc.

Nếu nhà cung cấp của quý vị ngừng làm việc với chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục nhận được các dịch vụ từ nhà cung cấp đó. Đây là một dạng khác của dịch vụ chăm sóc liên tục.

Nếu quý vị được chỉ định vào nhóm nhà cung cấp mà chúng tôi đã chấm dứt hợp đồng thì chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị ít nhất 60 ngày trước khi chấm dứt (hoặc càng sớm càng tốt). Chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản ít nhất 60 ngày trước khi chúng tôi chấm dứt hợp đồng với một bệnh viện cách nơi quý vị sống trong vòng 15 dặm. Quý vị vẫn có thể tiếp tục đến nhà cung cấp dịch vụ trong nhóm nhà cung cấp đó hoặc tại bệnh viện đó để thăm khám trong tối đa 12 tháng hoặc lâu hơn trong một số tình huống nhất định.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** truy cập kp.org/medicare.

Ngoài các tiêu chí nêu trên, quý vị phải đáp ứng những điều sau đây thì mới được Tiếp Tục Dịch Vụ Chăm Sóc:

- Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị có hiệu lực vào ngày quý vị sử dụng dịch vụ
- Nhà cung cấp đồng ý với các điều khoản và điều kiện hợp đồng tiêu chuẩn của chúng tôi
- Các dịch vụ đều Cần Thiết Về Mặt Y Tế và là những Dịch Vụ Được Đòi Thò theo Cẩm Nang Hội Viên này nếu quý vị được một nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp.
- Quý vị yêu cầu tiếp tục dịch vụ chăm sóc trong các khung thời gian quy định:
- Trong vòng 30 ngày (hoặc càng sớm càng tốt) kể từ ngày bảo hiểm của quý vị có hiệu lực nếu quý vị là Hội Viên mới được tiếp tục dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn. Yêu cầu nhận được ngoài 30 ngày sẽ được quyết định theo từng trường hợp.
- Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhà cung cấp rời khỏi mạng lưới nhà cung cấp Medi-Cal của chúng tôi. Yêu cầu nhận được ngoài 30 ngày sẽ được quyết định theo từng trường hợp.
- Kaiser Permanente không ghi nhận lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc với Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới

Chúng tôi không đòi hỏi cho tiếp tục dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu có một trong hai điều sau đây:

- Các dịch vụ không được đòi hỏi bởi Medicare Medi-Cal Plan của chúng tôi
- Nhà cung cấp ngoài mạng lưới của quý vị sẽ không làm việc với chúng tôi. Quý vị sẽ cần phải tìm một nhà cung cấp trong mạng lưới mới.

Không phải tất cả các dịch vụ đều đủ điều kiện được đòi hỏi theo chế độ tiếp tục dịch vụ chăm sóc. Để biết thêm chi tiết về tiếp tục dịch vụ chăm sóc hoặc để yêu cầu dịch vụ hoặc bản sao chính sách về “Hoàn Tất Dịch Vụ Được Đòi Thò”, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi.

Tham khảo **Chương 3** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin về nhận dịch vụ chăm sóc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G. Đội ngũ chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị

G1. Đội ngũ chăm sóc

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

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ có người điều phối chăm sóc khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Người này cũng sẽ giới thiệu quý vị với các nguồn hỗ trợ cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi không cung cấp, đồng thời cũng sẽ làm việc với đội ngũ chăm sóc của quý vị để giúp điều phối việc chăm sóc cho quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo các số ở cuối trang để biết thêm thông tin về điều phối viên chăm sóc và đội ngũ chăm sóc của quý vị.

G2. Chương trình chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lên chương trình chăm sóc. Chương trình chăm sóc sẽ cho quý vị và các bác sĩ của quý vị biết các dịch vụ mà quý vị cần cũng như làm thế nào để nhận các dịch vụ đó. Chương trình bao gồm dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi và LTSS hoặc các dịch vụ khác của quý vị.

Chương trình chăm sóc của quý vị bao gồm:

- Mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị và
- Lộ trình nhận các dịch vụ mà quý vị cần.

Đội ngũ chăm sóc của quý vị gặp quý vị sau HRA của quý vị. Họ hỏi quý vị về các dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng sẽ cho quý vị biết các dịch vụ mà quý vị có thể cần nhắc sử dụng. Chương trình chăm sóc của quý vị được tạo ra dựa trên nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Đội ngũ chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để cập nhật chương trình chăm sóc ít nhất một lần mỗi năm.

H. Chi phí hàng tháng của quý vị cho Chương Trình Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) của chúng tôi

Chương Trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

I. Cẩm Nang Hội Viên của quý vị

Cẩm Nang Hội Viên này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Có nghĩa là chúng ta phải tuân thủ tất cả các quy tắc trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm gì đó trái với các quy tắc này, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này hoặc gọi **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Quý vị có thể yêu cầu cấp **Cẩm Nang Hội Viên** bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số in ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo **Cẩm Nang Hội Viên** trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ trang mạng ở cuối trang hoặc tải về.

Hợp đồng có hiệu lực cho những tháng quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng Một, 2024, đến ngày 31 tháng Mười Hai, 2024.

J. Các thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị

Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của quý vị, thông tin về cách truy cập **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** cùng thông tin về cách truy cập **Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ**, còn được gọi là **Danh Mục Thuốc**.

J1. Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên Của Quý Vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ sử dụng cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal, bao gồm LTSS, các dịch vụ sức khỏe hành vi nhất định và thuốc theo toa. Quý vị trình thẻ này khi nhận các dịch vụ hay toa thuốc bất kỳ. Đây là mẫu Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên:



Nếu Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của quý vị bị hư, mất hay bị ăn cắp, gọi ngay cho Dịch Vụ Hội Viên theo số in ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Miễn là quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị không cần dùng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh hoặc thẻ Medi-Cal để nhận hầu hết dịch vụ. Hãy giữ các thẻ đó ở nơi an toàn, phòng khi sau này cần đến. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare thay vì Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên, nhà cung cấp có thể sẽ phát hành hóa đơn cho Medicare thay vì chương trình của chúng tôi, khi đó quý vị sẽ nhận được hóa đơn. Tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết phải làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

Vui lòng lưu ý rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi (BIC) để tiếp cận các dịch vụ sau:

- Các dịch vụ sức khỏe tinh thần đặc biệt mà quý vị có thể nhận được từ chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần của quận hạt (MHP).
- Dịch vụ Medi-Cal Rx
- Dịch vụ hỗ trợ chăm sóc tại gia
- 1915(c) Các Dịch Vụ Miễn Trừ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng
- Các dịch vụ nha khoa Medi-Cal

J2. Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp

Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. Khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ được đài thọ.

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** (ở dạng bản điện tử hoặc bản cứng) bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số in ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** tại kp.org/directory. Các yêu cầu về Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp bản cứng sẽ được gửi đến quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi và các nhà cung cấp thiết bị y khoa lâu bền. Tất cả các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi đều chấp nhận cả Medicare lẫn Medicaid, trừ những trường hợp có ghi chú khác. Trong trường hợp quý vị cần một dịch vụ không nằm trong chương trình được Medi-Cal đài thọ, chúng tôi có thể giới thiệu quý vị đến cơ quan Medi-Cal của tiểu bang để tìm một nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc Medi-Cal được đài thọ mà quý vị quan tâm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới

- Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm:
- Các bác sĩ, y tá và chuyên gia y tế khác mà quý vị có thể sử dụng với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi;
- Phòng mạch, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng và những nơi khác có cung cấp dịch vụ y tế trong chương trình của chúng tôi; **và**
- LTSS, dịch vụ sức khỏe hành vi, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, nhà cung cấp thiết bị y khoa lâu bền (DME) và những ai cung cấp hàng hóa dịch vụ quý vị có được thông qua Medicare hoặc Medi-Cal.

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý chấp nhận thanh toán của chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được đài thọ là thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới

- Các nhà thuốc trong mạng lưới là những nhà thuốc đồng ý mua thuốc theo toa cho hội viên trong chương trình của chúng tôi. Sử dụng **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Trừ trường hợp cấp cứu, bạn quý vị mua toa thuốc của mình tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình của chúng tôi giúp quý vị thanh toán.

Hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả Dịch Vụ Hội Viên và trang mạng của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về những thay đổi về nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ

Chương trình có **Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ**. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này cho biết chương trình của chúng tôi đài thọ cho các thuốc theo toa nào.

Danh Sách Thuốc cho quý vị biết có quy tắc hay hạn chế nào đối với một loại thuốc bất kỳ nào không, chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận được. Hãy Tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin.

Mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập Danh Sách Thuốc nhưng quý vị cần biết rằng một vài thay đổi có thể xảy ra trong năm. Để nhận thông tin cập nhật mới nhất về các loại thuốc được đài thọ, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi tại **kp.org/seniorrx**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

J4. Giải Thích Quyền Lợi

Khi quý vị sử dụng quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán thuốc theo toa Medicare Phần D của mình. Bản tóm tắt này được gọi là **Giải Thích Quyền Lợi (EOB)**.

Giải Thích Quyền Lợi (EOB) cho biết tổng số tiền quý vị hoặc người thay mặt quý vị đã chi cho các thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị và tổng số tiền chúng tôi đã chi trả cho mỗi loại thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị trong tháng. Giải Thích Quyền Lợi (EOB) này không phải là hóa đơn. Giải Thích Quyền Lợi (EOB) còn có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng chẳng hạn như việc tăng giá và các loại thuốc khác có mức đồng chi trả thấp hơn có thể sử dụng.

Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ đã kê đơn cho quý vị về các lựa chọn chi phí thấp hơn này. **Chương 6** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này cũng cung cấp thêm thông tin về Giải Thích Quyền Lợi (EOB) và cách sử dụng nó để giúp quý vị theo dõi phạm vi bảo hiểm thuốc của mình.

Quý vị cũng có thể yêu cầu EOB. Để nhận bản sao, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên theo các số in ở cuối trang.

Quý vị cũng có thể chọn xem trực tuyến **EOB Phần D** của mình thay vì gửi qua đường thư tín. Hãy truy cập kp.org/goinggreen và đăng nhập để tìm hiểu thêm về các lựa chọn xem trực tuyến **Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần D** của quý vị một cách an toàn.

K. Hãy luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị

Quý vị có thể cập nhật hồ sơ hội viên của mình bằng cách thông báo cho chúng tôi khi thông tin của quý vị thay đổi.

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của mình. Các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi cũng cần thông tin chính xác về quý vị. **Họ sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để nắm được quý vị nhận được những dịch vụ và loại thuốc gì, chi phí hết bao nhiêu.**

Hãy thông báo ngay cho chúng tôi những thông tin sau:

- Những thay đổi về tên, địa chỉ hay số điện thoại của quý vị;
- Thay đổi đối với bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, chẳng hạn như từ bên sử dụng lao động của quý vị, bên sử dụng lao động của vợ/chồng quý vị, hoặc bên sử dụng lao động của bạn đời sống chung của quý vị, hoặc thù lao cho người lao động;
- Mọi yêu cầu trách nhiệm pháp lý, chẳng hạn như yêu cầu bồi thường tai nạn ô tô;
- Vào cơ sở hoặc bệnh viện điều dưỡng;

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.
- Thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất kỳ ai có trách nhiệm với quý vị); **và**,
- Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Chúng tôi khuyến khích, chứ không bắt buộc quý vị phải cho chúng tôi biết về nghiên cứu lâm sàng mà quý vị đang tham gia hoặc có liên quan.)

Nếu có bất kỳ thông tin nào thay đổi, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang.

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

Thông tin trong hồ sơ hội viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI). Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi tôn trọng quyền riêng tư về PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, hãy tham khảo **Chương 8** trong **Cẩm Nang Hội Viên**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

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

Phân Giới Thiệu

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

Chương 2 Mục Lục

A. Dịch Vụ Hội Viên	16
Quyết Định Bảo Hiểm, Khiếu Nại và Than Phiền về việc chăm sóc y tế	17
Quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa Phần D	19
Khiếu nại đối với thuốc theo toa Phần D	20
Than phiền về thuốc theo toa Phần D	21
Yêu cầu thanh toán	22
B. Điều phối viên chăm sóc của quý vị	23
C. Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)	25
D. Đường Dây Tư Vấn Điều Dưỡng	26
E. Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO)	27
F. Medicare	28
G. Medi-Cal	29
H. Văn Phòng Thanh Tra Viên về Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý và sức khỏe tinh thần của Medi-Cal	30
I. Dịch Vụ Xã Hội Quận	31
J. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa của Quận	33
K. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California	35
L. Các Chương Trình để Giúp Mọi Người Trả cho Các Thuốc Theo Toa	35

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

L1. Trợ Giúp Thêm	35
L2. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP)	37
M. An Sinh Xã Hội.....	37
N. Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (Railroad Retirement Board, RRB)	38
O. Các nguồn thông tin khác	39
P. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal	39

A. Dịch Vụ Hội Viên

GỌI	1-800-443-0815 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (xem Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để biết địa điểm).
TRANG MẠNG	kp.org

Liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp về:

- Các thắc mắc về chương trình.
- Các thắc mắc về yêu cầu quyền lợi hoặc lập hóa đơn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Quyết Định Bảo Hiểm, Khiếu Nại và Than Phiền về việc chăm sóc y tế

GỌI	<p>1-800-443-0815</p> <p>Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối</p> <p>Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.</p> <p>Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ điều kiện để ra quyết định nhanh như được mô tả trong Chương 9, hãy gọi cho Ban Duyệt Xét Cấp Tốc theo số 1-888-987-7247, từ 8:30 sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Bảy.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối</p>
FAX	<p>Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy gửi fax yêu cầu của quý vị đến Ban Duyệt Xét Cấp Tốc của chúng tôi qua số 1-888-987-2252.</p>
VIẾT THƯ	<p>Đối với quyết định bảo hiểm thông thường hoặc cần than phiền, hãy làm đơn gửi đến văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (xem Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để biết địa điểm).</p> <p>Đối với khiếu nại thông thường, hãy làm đơn gửi tới địa chỉ hiển thị trên thông báo từ chối mà chúng tôi gửi cho quý vị.</p> <p>Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy làm đơn gửi đến:</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
TRANG MẠNG	<p>Quý vị có thể lập thủ tục than phiền về chương trình của chúng tôi trực tiếp tới Medicare. Để gửi đơn than phiền trực tuyến đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Liên hệ với các số trên để nhận trợ giúp về:

- Quyết định đòi thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quyết định chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
 - quyền lợi của quý vị và các dịch vụ được bảo hiểm **hoặc**
 - số tiền chúng tôi chi trả cho các dịch vụ y tế của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

- Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Khiếu nại là thủ tục chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về phạm vi bảo hiểm của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi nó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc không đồng ý với quyết định đó.
- Để tìm hiểu thêm về cách khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.
- Than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm cả nhà cung cấp thuộc hoặc không thuộc mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể than phiền với chúng tôi hoặc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (hãy tham khảo **Mục F**).
- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và trình bày than phiền theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
- Nếu than phiền của quý vị là về quyết định đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể nộp khiếu nại (tham khảo phần trên).
- Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình của chúng tôi tới Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu trực tuyến tại **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Hoặc quý vị có thể gọi **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** để yêu cầu trợ giúp.
- Quý vị có thể than phiền về chương trình của chúng tôi với Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal bằng cách gọi số **1-888-804-3536**. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, trừ ngày lễ của tiểu bang.
- Để tìm hiểu thêm về cách than phiền dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa Phần D

GỌI	1-877-645-1282 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-844-403-1028
VIẾT THƯ	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
TRANG MẠNG	kp.org

Liên hệ với các số trên để nhận trợ giúp về:

- Quyết định đòi thọ thuốc của quý vị.
- Quyết định đòi thọ thuốc của quý vị là quyết định về:
 - phúc lợi và thuốc được đòi thọ của quý vị **hoặc**
 - số tiền chúng tôi trả cho thuốc của quý vị.
- Các loại thuốc không được Medicare đòi thọ, chẳng hạn như thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đòi thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số **1-800-977-2273** (TTY **711**).
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa của mình, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Khiếu nại đối với thuốc theo toa Phần D

GỌI	1-866-206-2973 Cuộc gọi này được miễn cước. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30 sáng đến 5 giờ chiều Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-866-206-2974
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
TRANG MẠNG	kp.org

Liên hệ với các số trên để nhận trợ giúp về:

- Khiếu nại về thuốc của quý vị.
- Khiếu nại là một cách để yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đài thọ.
- Để biết thêm về việc khiếu nại về các loại thuốc theo toa của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Than phiền về thuốc theo toa Phần D

GỌI	1-800-443-0815 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Nếu than phiền của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy gọi cho Đơn vị Phần D theo số 1-866-206-2973 , 8:30 sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Hãy tham khảo Chương 9 để tìm hiểu xem vấn đề của quý vị có đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh hay không. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	Nếu khiếu nại của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy gửi fax yêu cầu của quý vị đến Đơn Vị Phần D của chúng tôi tại 1-866-206-2974 .
VIẾT THƯ	Nếu muốn than phiền thông thường, hãy làm đơn gửi đến văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (xem Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để biết các địa điểm). Nếu đơn than phiền của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy làm đơn gửi đến: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
TRANG MẠNG	Quý vị có thể lập thủ tục than phiền về chương trình của chúng tôi trực tiếp tới Medicare. Để gửi đơn than phiền trực tuyến đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Liên hệ với các số trên để nhận trợ giúp về:

- Than phiền về thuốc của quý vị.
- Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm cả than phiền về thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu than phiền của quý vị là về quyết định đòi thọ cho các loại thuốc theo toa, quý vị có thể khiếu nại. (Tham khảo phần trên.)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình của chúng tôi tới Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** để yêu cầu trợ giúp.

Để biết thêm về cách than phiền thuốc theo toa của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Yêu cầu thanh toán

GỌI	<p>1-800-443-0815</p> <p>Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối</p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị muốn yêu cầu thanh toán thuốc Phần D do nhà cung cấp trong mạng lưới kê đơn và mua tại nhà thuốc trong mạng lưới, hãy gọi cho Đơn Vị Phần D của chúng tôi theo số 1-866-206-2973. 8:30 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Từ thứ Hai đến thứ Sáu.</p> <p>Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối</p>
VIẾT THƯ	<p>Để được chăm sóc y tế, hãy viết thư gửi tới:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>Đối với thuốc Phần D:</p> <p>Nếu quý vị yêu cầu thanh toán thuốc Phần D đã được nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa và cung cấp, quý vị có thể gửi yêu cầu của mình đến 1-866-206-2974 hoặc gửi thư tín đến:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
TRANG MẠNG	kp.org

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Liên hệ với các số trên để nhận trợ giúp về:

- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã thanh toán.

Để biết thêm cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn quý vị nhận được, hãy tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối một phần bất kỳ trong yêu cầu đó, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

B. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

Chúng tôi cung cấp dịch vụ giúp quý vị điều phối miễn phí các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Chúng tôi sẽ phối hợp với các chương trình khác để đảm bảo rằng quý vị nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế do Medi-Cal hoặc Medicare đài thọ, ngay cả khi các dịch vụ đó được chi trả bởi một chương trình khác chứ không phải chúng tôi.

GỌI	1-800-443-0815 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (xem Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để biết địa điểm).
TRANG MẠNG	kp.org

Liên lạc điều phối viên chăm sóc của quý vị để được trợ giúp về:

- Các thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Thắc mắc về việc sử dụng dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện).
- Các câu hỏi về quyền lợi nha khoa.
- Các câu hỏi về chuyên chở đến các cuộc hẹn khám.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Chương Trình Hỗ Trợ và Dịch Vụ Dài Hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS) bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community Based Adult Services, CBAS) và Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facilities, NF)

Đôi khi quý vị có thể nhận được trợ giúp về các nhu cầu sinh hoạt và chăm sóc sức khỏe hàng ngày của mình. Chúng tôi đài thọ, cho các hội viên đủ điều kiện, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn được cung cấp trong các loại cơ sở hoặc viện chăm sóc dài hạn sau đây:

- Cơ sở điều dưỡng chuyên môn
- Cơ sở chăm sóc bán cấp tính
- Cơ sở chăm sóc trung cấp, bao gồm:
- Cơ sở chăm sóc trung cấp/khuyết tật phát triển (“ICF/DD”)
- Các cơ sở chăm sóc trung cấp/phục hồi chức năng cho người khuyết tật phát triển (“ICF/DD-H”)
- Cơ sở chăm sóc trung cấp/điều dưỡng khuyết tật phát triển (“ICF/DD-N”)

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn, chúng tôi sẽ đảm bảo quý vị được đưa vào một cơ sở hoặc viện chăm sóc sức khỏe có mức độ chăm sóc phù hợp nhất với nhu cầu y tế của quý vị.

Quý vị cũng có thể nhận được các dịch vụ sau:

- Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng
- Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà thông qua cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

C. Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho những người có Medicare. Các tư vấn viên trong HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu phải làm gì để xử lý vấn đề của mình. HICAP có các tư vấn viên được đào tạo ở mọi quận và dịch vụ được cung cấp miễn phí.

HICAP không được kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào.

GỌI	1-800-434-0222 Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều
TTY	711
VIẾT THƯ	Văn phòng HICAP của quý vị cho quận của quý vị.
TRANG MẠNG	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Liên lạc với HICAP để được trợ giúp về:

- Các thắc mắc về chương trình của chúng tôi hoặc Medicare.
- Các tư vấn viên trong HICAP có thể trả lời những thắc mắc của quý vị về việc chuyển sang một chương trình mới và giúp quý vị:
- Hiểu các quyền của quý vị,
- Hiểu các lựa chọn chương trình của quý vị,
- Than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị **và**
- Giải quyết các vấn đề về hóa đơn của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D. Đường Dây Tư Vấn Điều Dưỡng

Chúng tôi biết rằng đôi khi khó biết quý vị cần hình thức chăm sóc nào.

Đôi khi rất khó để biết quý vị cần được chăm sóc như thế nào. Chúng tôi có các chuyên gia y tế được cấp phép sẵn sàng hỗ trợ quý vị qua điện thoại 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Quý vị có thể:

- Trò chuyện với chuyên gia y tế, để họ trả lời các câu hỏi y tế, đưa ra lời khuyên chăm sóc và giúp quý vị quyết định xem quý vị có nên gặp một nhà cung cấp dịch vụ ngay lập tức hay không.
- Nhận trợ giúp về các tình trạng y tế như bệnh tiểu đường hoặc bệnh suyễn, bao gồm lời khuyên về nhà cung cấp có hình thức phù hợp với tình trạng của quý vị.
- Nhận trợ giúp về những việc cần làm nếu quý vị cần chăm sóc nhưng cơ sở thuộc chương trình bị đóng cửa hoặc quý vị đang ở ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi

Khi quý vị gọi đến, một nhân viên hỗ trợ đã được huấn luyện có thể hỏi quý vị một số câu hỏi để biết phải chuyển cuộc gọi của quý vị đi đâu.

GỌI	1-833-574-2273 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E. Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO)

Tiểu bang của chúng ta có một tổ chức tên là Livanta. Tổ chức này có các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, giúp cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe cho những người có Medicare. Livanta không được kết nối với chương trình của chúng tôi.

GỌI	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG MẠNG	www.livantaqio.com

Liên lạc với Livanta để được trợ giúp về:

- Các câu hỏi về quyền chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Than phiền về dịch vụ chăm sóc nhận được nếu quý vị:
- gặp vấn đề về chất lượng chăm sóc,
- cho rằng thời gian nằm viện của mình quá ngắn, **hoặc**
- cho rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) của mình kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

F. Medicare

Medicare là 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 bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn, cần phải thẩm tách hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, hay CMS.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048 Cuộc gọi này được miễn cước. Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG MẠNG	medicare.gov Đây là trang mạng chính thức của Medicare. Trên đây cung cấp các thông tin cập nhật về Medicare. Ngoài ra, cũng có thông tin về bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan y tế gia đình, cơ sở thẩm tách, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và cơ sở an dưỡng cuối đời. Ở đây có các trang mạng và số điện thoại hữu ích. Ngoài ra, cũng có các tài liệu quý vị có thể in ra từ máy tính của mình. Nếu quý vị không có máy tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm chăm sóc người cao tuổi có thể giúp quý vị truy cập trang mạng này bằng máy tính của họ. Hoặc, quý vị có thể gọi cho Medicare theo số ở trên và cho họ biết quý vị đang muốn tìm gì. Họ sẽ tìm thông tin trên trang mạng và cùng quý vị xem xét thông tin đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là một chương trình bảo hiểm y tế công cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho những người có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em và thanh thiếu niên được chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời và phụ nữ mang thai. Medi-Cal được tài trợ bởi các quỹ của chính quyền tiểu bang và liên bang.

Quyền lợi Medi-Cal bao gồm dịch vụ y tế, nha khoa, sức khỏe hành vi cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Quý vị đã đăng ký tham gia Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi Medi-Cal của mình, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc chương trình của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về việc ghi danh chương trình Medi-Cal, hãy gọi cho Các Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe.

GỌI	1-800-430-4263 Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều
TTY	1-800-430-7077 Đây là số điện thoại dành cho những người có vấn đề về thính giác hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG MẠNG	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

H. Văn Phòng Thanh Tra Viên về Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý và sức khỏe tinh thần của Medi-Cal

Văn phòng Thanh tra viên thay mặt quý vị làm việc với tư cách là người biện hộ. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Văn Phòng Thanh Tra Viên cũng giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc lập hóa đơn. Họ không liên kết với chương trình của chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Dịch vụ của họ được cung cấp miễn phí.

GỌI	1-888-452-8609 Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến hết Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước.
VIẾT THƯ	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG MẠNG	www.dhcs.ca.gov/services/medicaid/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

I. Dịch Vụ Xã Hội Quận

Nếu quý vị cần trợ giúp về các quyền lợi trả phí theo dịch vụ Medi-Cal của mình, hãy liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội quận địa phương của quý vị.

Liên lạc với cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị để đăng ký Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, dịch vụ này sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể ở lại an toàn trong chính ngôi nhà của mình. Các loại dịch vụ có thể bao gồm trợ giúp chuẩn bị bữa ăn, tắm rửa, mặc quần áo, giặt là, đi mua sắm hoặc chuyên chở.

Liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị nếu có bất cứ câu hỏi nào về điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị.

Sở Dịch Vụ Xã Hội Công của Quận Los Angeles

GỌI	1-866-613-3777 1-626-569-1399 1-310-258-7400 1-818-701-8200 Cuộc gọi này được miễn cước. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7:30 sáng - 7:30 tối Thứ Bảy từ 8:00 sáng - 4:30 chiều Không bao gồm các ngày lễ
TTY	711
VIẾT THƯ	Tìm văn phòng Quận gần nhất để đăng ký.
TRANG MẠNG	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Orange

GỌI	1-855-541-5411 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
TTY	711
VIẾT THƯ	Tìm kiếm văn phòng gần nhất
TRANG MẠNG	ssa.ocgov.com https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Quận Riverside

GỌI	1-877-410-8827 Cuộc gọi này được miễn cước.
TTY	711
VIẾT THƯ	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
TRANG MẠNG	https://rivcodpss.org/

Dịch Vụ cho Người Trưởng Thành và Người Cao Niên Quận San Bernardino

GỌI	1-909-891-3900
TTY	711
VIẾT THƯ	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
TRANG MẠNG	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Cơ Quan Y Tế & Dịch Vụ Nhân Sinh Quận San Diego

GỌI	1-866-262-9881 Cuộc gọi này được miễn cước. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7 giờ sáng đến 5 giờ chiều
TTY	711
VIẾT THƯ	Tìm kiếm văn phòng Quận gần nhất.
TRANG MẠNG	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

J. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tinh Thần Chuyên Khoa của Quận

Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên môn Medi-Cal thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (mental health plan, MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí được tham gia.

Sở Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles

GỌI	1-800-854-7771 Cuộc gọi này được miễn cước. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước

Dịch Vụ Phục Hồi và sức khỏe tinh thần Quận Cam

GỌI	1-855-625-4657 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước

Sở Y Tế Tâm Thần Quận Riverside

GỌI	1-800-706-7500 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Sở Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino

GỌI	1-888-743-1478 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước.

Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego

GỌI	1-888-724-7240 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước.

Liên lạc với chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần chuyên khoa của quận để được trợ giúp về:

- Các câu hỏi về các dịch vụ sức khỏe tinh thần đặc biệt do quận cung cấp.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

K. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) (Department of Managed Health Care, DMHC) California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình y tế. Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC có thể giúp quý vị khiếu nại và than phiền về các dịch vụ Medi-Cal.

GỌI	1-888-466-2219 Các đại diện của DMHC làm việc từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 Đây là số điện thoại dành cho những người có vấn đề về thính giác hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG MẠNG	www.dmhc.ca.gov

L. Các Chương Trình để Giúp Mọi Người Trả cho Các Thuốc Theo Toa

Trang mạng Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có các chương trình khác để hỗ trợ, như được mô tả dưới đây.

L1. Trợ Giúp Thêm

Bởi vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, nên quý vị đủ điều kiện và đang nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để nhận được “Trợ Giúp Thêm” này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048 Cuộc gọi này được miễn cước. Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG MẠNG	www.medicare.gov

Nếu quý tin rằng quý vị đang trả không đúng số tiền chia sẻ chi phí khi quý vị nhận toa thuốc tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có quy trình cho quý vị để yêu cầu xin lấy bằng chứng về mức tiền đồng trả đúng của quý vị ở mức phù hợp, hoặc, nếu quý vị đã có bằng chứng, thì cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi.

Nếu quý vị không chắc cung cấp bằng chứng nào cho chúng tôi, xin liên lạc với nhà thuốc trong mạng lưới hay Dịch Vụ Hội Viên. Bằng chứng này thường là một lá thư hoặc được cung cấp từ văn phòng Medicaid của tiểu bang hay phòng An Sinh Xã Hội, xác nhận quý vị đủ điều kiện nhận được “Trợ Giúp Thêm”. Bằng chứng này cũng có thể là chứng từ được tiểu bang cấp phát kèm theo các thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị kết hợp với Các Dịch Vụ Từ Gia Cư và Cộng Đồng.

Quý vị hay vị đại diện được chỉ định của quý vị có thể cần phải cung cấp bằng chứng này tới nhà thuốc trong mạng lưới khi lấy các toa thuốc Phần D được đòi hỏi để chúng tôi có thể tính quý vị số tiền chia sẻ phí tổn phù hợp cho đến khi Trung Tâm cho Các Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) cập nhật các hồ sơ của họ để phản ánh tình trạng hiện tại của quý vị. Sau khi CMS cập nhật các hồ sơ của họ, quý vị sẽ không còn cần phải trình bằng chứng cho nhà thuốc. Xin cung cấp bằng chứng của quý vị bằng một trong những cách sau đây để chúng tôi có thể chuyển tới CMS để được cập nhật:

- Viết thư cho Kaiser Permanente theo địa chỉ:

California Service Center

Attn: Best Available Evidence

P.O. Box 232407

San Diego, CA 92193-2407

- Gửi fax đến **1-877-528-8579**.
- Mang bằng chứng tới một nhà thuốc trong mạng lưới hay mang tới văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương ở một cơ sở trong mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức tiền đồng trả của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị sẽ được tính đúng tiền đồng trả khi lần tới quý vị mua thuốc theo toa tại nhà thuốc. Nếu quý vị trả quá mức tiền đồng trả của quý vị, chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị. Hoặc chúng tôi sẽ gửi quý vị một tấm chi phiếu cho số tiền quý vị trả dư hay chúng tôi sẽ trừ số tiền đó từ tiền đồng trả trong tương lai. Nếu nhà thuốc không thu tiền đồng trả từ quý vị và tính tiền đồng trả của quý vị như một món nợ mà quý vị còn thiếu, chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu một tiểu bang đã trả thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả trực tiếp cho tiểu bang đó. Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

L2. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP)

ADAP giúp những người nhiễm HIV/AIDS đủ điều kiện tham gia ADAP được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV. Thuốc theo toa Medicare Phần D cũng có trong danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí toa thuốc. Lưu ý: Để đủ điều kiện hợp lệ cho việc điều hành ADAP tại tiểu bang quý vị, các cá nhân phải đáp ứng được một số tiêu chuẩn, bao gồm bằng chứng nơi cư trú trong tiểu bang và tình trạng bệnh HIV, thu nhập thấp như được định nghĩa bởi tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/có bảo hiểm dưới mức. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ về thông tin đối với tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi cho tổng đài ADAP theo số **1-844-421-7050** từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu (trừ ngày lễ).

M. An Sinh Xã Hội

An Sinh Xã Hội xác định tính đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh tham gia Medicare. Các công dân Hoa Kỳ và các cư dân thường trú hợp pháp từ 65 tuổi trở lên, hay bị khuyết tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) và đáp ứng một số điều kiện, đủ điều kiện hợp lệ cho Medicare. Nếu quý vị đang nhận chi phiếu An Sinh Xã Hội, việc ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu quý vị đang không nhận chi phiếu An Sinh Xã Hội, quý vị phải ghi danh vào Medicare. Để nộp đơn đăng ký Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến văn Sở An Sinh Xã Hội tại địa phương của quý vị.

Nếu quý vị chuyển đi hay đổi địa chỉ gửi thư của quý vị, quan trọng là quý vị phải liên lạc với Sở An Sinh Xã Hội để cho họ biết.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi tới số này miễn phí. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể dùng các dịch vụ điện thoại tự động của họ để nhận thông tin được thu âm và tiến hành một số công việc 24 giờ trong ngày.
TTY	1-800-325-0778 Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG MẠNG	www.ssa.gov

N. Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (Railroad Retirement Board, RRB)

RRB là một cơ quan Liên Bang độc lập quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho công nhân đường sắt quốc gia và gia đình họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua RRB, điều quan trọng là quý vị phải cho họ biết nếu quý vị di chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình từ RRB, liên lạc với cơ quan.

GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi tới số này miễn phí. Nếu quý vị nhấn “0”, quý vị có thể nói chuyện với đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ chiều vào Thứ Tư. Nếu quý vị nhấn “1”, quý vị có thể truy cập Đường Dây Trợ Giúp RRB tự động và thông tin được ghi lại 24 giờ trong ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Các cuộc gọi tới số này <i>không</i> miễn phí.
TRANG MẠNG	www.rrb.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

O. Các nguồn thông tin khác

Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì bảo hiểm sức khỏe và giải quyết các vấn đề với các chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị
- Tiếp cận các dịch vụ y tế
- Khiếu nại các dịch vụ bị từ chối, thuốc, thiết bị y khoa lâu bền (DME), các dịch vụ sức khỏe tinh thần, v.v.
- Lập hóa đơn cho dịch vụ y tế
- IHSS (Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia)

Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal hỗ trợ về than phiền, khiếu nại và điều trần. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra là **1-888-804-3536**.

P. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa nhất định sẽ sẵn có thông qua Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

- Khám sơ bộ, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị florua
- Phục hình và mào răng
- Điều trị lấy tủy răng
- Hàm giả bán phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

GỌI	1-800-322-6384 Cuộc gọi được miễn cước. Các quyền lợi nha khoa được cung cấp thông qua các Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ và Chương Trình Chăm Sóc Nha Khoa Có Quản Lý (Dental Managed Care, DMC) của Medi-Cal. Các đại diện của Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-800-735-2922 Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG MẠNG	https://smilecalifornia.org/

Ngoài Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ tính phí theo dịch vụ, quý vị có thể nhận được các quyền lợi nha khoa thông qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý có sẵn tại Quận Los Angeles. Nếu muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa hay muốn thay đổi các chương trình nha khoa, quý vị hãy liên hệ với Health Care Options theo số **1-800-430-4263** (người dùng TTY hãy gọi **1-800-430-7077**), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối. Cuộc gọi được miễn cước.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 3: Áp dụng phạm vi bảo hiểm của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bảo hiểm khác của quý vị

Phần Giới Thiệu

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác với chương trình của chúng tôi. Chương này cũng cho quý vị biết về điều phối viên chăm sóc của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ những nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt nhất định (bao gồm các nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc nhà thuốc), phải làm gì nếu quý vị được ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ và các quy tắc để sở hữu Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (Durable Medical Equipment, DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương 3 Mục Lục

A. Thông tin về các dịch vụ và nhà cung cấp	44
B. Quy tắc để nhận dịch vụ được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi	44
C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị.....	46
C1. Điều phối viên chăm sóc.....	46
C2. Làm thế nào quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị.....	46
C3. Làm thế nào quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị.....	46
D. Dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp	47
D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính.....	47
Định nghĩa về một PCP và những việc mà một PCP làm cho quý vị	47
Lựa chọn PCP của quý vị	47
Tùy chọn thay đổi PCP của quý vị	47
Các dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần chấp thuận của PCP	48

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới	49
Giới thiệu từ PCP của quý vị.....	49
Giới thiệu đến các nhà cung cấp trong mạng lưới	50
Sự cho phép trước.....	50
D3. Khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi	51
D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới.....	53
E. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).....	54
F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện).....	54
F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi	55
Dịch vụ ngoại trú	55
Dịch vụ lưu trú.....	55
Dịch vụ nội trú	56
G. Dịch vụ chuyên chở	57
G1. Phương tiện chuyên chở y tế cho các tình huống không khẩn cấp	57
Giới hạn cho Phương Tiện Chuyên Chở Phi Y Tế.....	57
G2. Phương tiện chuyên chở phi y tế.....	58
Giới hạn cho phương tiện chuyên chở phi y tế	59
H. Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc trong một thảm họa	59
H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế.....	59
Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cần cấp cứu y tế	60
Dịch vụ chăm sóc sau khi ổn định.....	60

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Sử dụng dịch vụ chăm sóc cấp cứu nếu không trong trường hợp cấp cứu....	61
H2. Chăm sóc cần gấp.....	62
Chăm sóc cần gấp trong khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi.....	62
Chăm sóc cần gấp ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi.....	62
H3. Chăm sóc khi có thảm họa.....	63
I. Phải làm gì nếu quý vị được gửi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ.....	63
I1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ.....	63
J. Phạm vi bảo hiểm của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	64
J1. Định nghĩa về một nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	64
J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị đang ở một nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	65
J3. Thông tin thêm về các nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	65
K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được đài thọ như thế nào trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo.....	66
K1. Định nghĩa về một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.....	66
K2. Dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo.....	66
L. Thiết bị y khoa lâu bền (DME).....	67
L1. DME thuộc chương trình của chúng tôi.....	67
L2. Sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare.....	67
L3. Quyền lợi về thiết bị ô-xy khi là hội viên của chương trình chúng tôi.....	68
L4. Thiết bị ô-xy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.....	69

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

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

Dịch vụ là dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và không theo toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bảo hiểm** là bất kỳ dịch vụ nào trong số các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán. Chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và LTSS được đài thọ có trong **Chương 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này. Các dịch vụ được đài thọ cho toa thuốc của quý vị có trong **Chương 5** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nhà cung cấp là bác sĩ, điều dưỡng và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan y tế gia đình, phòng khám và những nơi cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y khoa và một số LTSS khác.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này đồng ý chấp nhận thanh toán của chúng tôi là thanh toán đầy đủ. Các nhà cung cấp trong mạng lưới ghi hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với các dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ.

B. Quy tắc để nhận dịch vụ được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ. Điều này bao gồm một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và LTSS.

Nhìn chung, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS mà quý vị nhận được khi tuân theo các quy tắc của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi đài thọ:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng phải là **quyền lợi nằm trong chương trình**. Có nghĩa là dịch vụ đó được chúng tôi đưa vào Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Dịch vụ chăm sóc đó phải **cần thiết về mặt y tế**. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ quan trọng, hợp lý và có tính chất bảo vệ cuộc sống. Dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế là dịch vụ cần để đảm bảo người bệnh không bị ốm nặng hoặc trở thành khuyết tật và giảm cơn đau dữ dội thông qua điều trị bệnh, ốm hoặc chấn thương.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có nhà cung cấp chăm sóc chính **trong mạng lưới (PCP)** mà theo đó giúp quý vị thu xếp dịch vụ chăm sóc hoặc yêu cầu quý vị sử dụng nhà cung cấp khác. Là hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình.
- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được PCP trong mạng lưới của quý vị chấp thuận trước thì mới có thể sử dụng nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Việc này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không đài thọ các dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm về giấy giới thiệu, tham khảo Mục **D** trong chương này.
- Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP của mình để được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần gấp, để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hoặc cho bất kỳ hình thức chăm sóc nào khác mà không cần có giấy giới thiệu từ PCP của quý vị (để biết thêm thông tin về điều này, hãy tham khảo Mục **D1** trong chương này).
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.** Thông thường, chúng tôi sẽ không đài thọ dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp không làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp các dịch vụ được cung cấp. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:
 - Chúng tôi cũng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần gấp hoặc cấp cứu từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, hãy tham khảo Mục **H** trong chương này).
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu chúng tôi hoặc Medical Group của chúng tôi cho phép sử dụng những dịch vụ đó trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp kể trên, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc đó tương tự như khi quý vị nhận được dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
 - Chúng tôi đài thọ các dịch vụ thẩm tách khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không khả dụng hoặc không thể tiếp cận được. Quý vị có thể nhận những dịch vụ này tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận. Phần chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả cho việc thẩm tách sẽ không bao giờ vượt quá phần chia sẻ chi phí trong Medicare Nguyên Thủy. Nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình đồng thời sử dụng dịch vụ thẩm tách từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới chương trình thì phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không vượt quá phần chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp trong mạng lưới thông thường của quý vị tạm thời không sẵn có dịch vụ thẩm tách, khiến quý vị phải chọn sử dụng các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực phục vụ thì phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ thẩm tách đó có thể có mức phí cao hơn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của mình. Với một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác nhận rằng quý vị đã có mối quan hệ hiện tại với các nhà cung cấp. Hãy tham khảo **Chương 1** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện quý vị đang sử dụng trong tối đa 12 tháng cho các dịch vụ. Trong thời gian đó, điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ với quý vị để giúp quý vị tìm các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nếu quý vị tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp không thuộc mạng lưới.
- Các hội viên mới của **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Chương Trình **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** của chúng tôi để nhận các quyền lợi của Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu được ghi danh vào **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị trong một tháng bổ sung. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua Chương Trình **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Sẽ không có sự chênh lệch trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)** nếu quý vị có thắc mắc. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

C1. Điều phối viên chăm sóc

Điều Phối Viên Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của quý vị sẽ chịu trách nhiệm điều phối việc chăm sóc của quý vị. Họ sẽ liên lạc với quý vị hàng năm và cả sau khi xuất viện để đánh giá rủi ro sức khỏe. (Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 2**, Mục **G**.)

C2. Làm thế nào quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị

Tham khảo **Chương 2**, Mục **G** để biết cách liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị.

C3. Làm thế nào quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị

Để thay đổi điều phối viên chăm sóc của mình, hãy liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị (tham khảo **Chương 2**, Mục **G** để biết thêm thông tin).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D. Dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính

Quý vị phải chọn một nhà cung cấp chăm sóc chính (primary care provider, PCP) để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Định nghĩa về một PCP và những việc mà một PCP làm cho quý vị

Nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị là một bác sĩ đáp ứng các yêu cầu của tiểu bang và được huấn luyện để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế chính cho quý vị. PCP của quý vị cũng sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị. “Điều phối” dịch vụ chăm sóc của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham khảo ý kiến của nhà cung cấp khác trong mạng lưới về dịch vụ chăm sóc của quý vị và xem dịch vụ chăm sóc đó ra sao. Trong một số trường hợp, PCP của quý vị sẽ cần được chúng tôi cho phép trước (chấp thuận trước) (xem **D2** trong chương này để biết thêm thông tin).

Lựa chọn PCP của quý vị

PCP của quý vị thường sẽ hành nghề y đa khoa (còn được gọi là y khoa cho người lớn hoặc nội khoa và y khoa gia đình) và đôi khi là sản/phụ khoa. Tại một số cơ sở trong mạng lưới, nếu thích, quý vị có thể chọn một chuyên viên điều dưỡng hay trợ tá bác sĩ có sẵn để làm nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị. PCP được xác định trong **Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc**.

PCP của quý vị cung cấp, kê toa hoặc cho phép các dịch vụ được đài thọ cần thiết về mặt y tế. PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết các dịch vụ chăm sóc thông thường hoặc cơ bản của quý vị và cung cấp giấy giới thiệu khi cần thiết để đến khám nhà cung cấp khác trong mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc khác mà quý vị cần. Ví dụ: để quý vị được khám một bác sĩ chuyên khoa, quý vị thường phải cần có sự chấp thuận trước của PCP (điều này gọi là được “giới thiệu” tới một bác sĩ chuyên khoa). Có một số loại dịch vụ được đài thọ quý vị có thể tự nhận mà không cần liên hệ với PCP của mình trước (hãy xem “Các dịch vụ quý vị có thể nhận mà không cần PCP của mình chấp thuận” trong chương này).

Vui lòng xem **Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc** của quý vị hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về việc chọn PCP và những nhà cung cấp nào đang chấp nhận bệnh nhân mới.

Tùy chọn thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể đổi PCP của quý vị vì bất cứ lý do nào, vào bất cứ thời điểm nào. Ngoài ra, có khả năng là PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới của chúng tôi. Lựa chọn PCP của quý vị sẽ có hiệu lực ngay lập tức.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Để chọn hoặc thay đổi PCP của mình, vui lòng gọi theo **số bác sĩ riêng của chúng tôi qua 1-888-956-1616 (TTY 711)**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối **Quý vị cũng có thể lựa chọn tại kp.org/finddoctors**.

Khi gọi, hãy cho chúng tôi biết quý vị đang muốn gặp bác sĩ chuyên khoa hay muốn sử dụng các dịch vụ được đài thọ khác cần sự chấp thuận từ PCP của mình (chẳng hạn như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia và thiết bị y khoa lâu bền) để chúng tôi có thể cho quý vị biết liệu quý vị có cần lấy giấy giới thiệu từ PCP mới của mình để tiếp tục các dịch vụ hay không. Ngoài ra, nếu có một bác sĩ chuyên khoa hay bệnh viện cụ thể trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng, hãy kiểm tra với chúng tôi để xem liệu PCP của quý vị có giới thiệu tới bác sĩ chuyên khoa đó hoặc sử dụng bệnh viện đó không.

Các dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần chấp thuận của PCP

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần được PCP của mình chấp thuận trước khi sử dụng các nhà cung cấp khác. Sự chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ như những dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần được PCP của quý vị chấp thuận trước:

- Các dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc cần gấp từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình hoặc vào cuối tuần). **Lưu ý:** Dịch vụ chăm sóc cần gấp phải là dịch vụ cần sử dụng ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế.
- Các dịch vụ thẩm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chúng nhận khi quý vị ra khỏi khu vực phục vụ của chương trình. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực phục vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị được thẩm tách khi quý vị đi xa.
- Tiêm phòng cúm và tiêm phòng COVID-19, cũng như tiêm phòng viêm gan B và tiêm phòng bệnh viêm phổi, miễn là quý vị sử dụng dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ và kế hoạch hóa gia đình định kỳ. Việc này bao gồm khám vú, kiểm tra sàng lọc phim chụp quang tuyến vú (chụp X-quang vú), xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung và khám vùng xương chậu, miễn là quý vị sử dụng dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp trong mạng lưới khác.
- Các cuộc hẹn trong các lĩnh vực sau: phép đo thị lực, lạm dụng chất gây nghiện và tâm thần.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương được Medicare đài thọ miễn là quý vị nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới
- Dịch vụ chăm sóc phòng bệnh ngoại trừ sàng lọc chứng phình động mạch chủ ở bụng, trị liệu dưỡng sinh y tế, nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm, thủ thuật nội soi kết tràng sàng lọc, kiểm tra sàng lọc mật độ xương và các xét nghiệm ở phòng xét nghiệm.
- Ngoài ra, nếu đủ điều kiện sử dụng dịch vụ của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Da Đỏ thì quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp này mà không cần giấy giới thiệu.
- Đặt hẹn cho các dịch vụ nhạy cảm.

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

Bác sĩ chuyên khoa là một bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để điều trị một căn bệnh đặc biệt hay cho một phần cơ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa, như:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân mắc bệnh ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân mắc các vấn đề về tim.
- Bác sĩ chỉnh hình xương chăm sóc cho bệnh nhân mắc các vấn đề về xương, khớp hay cơ bắp.

Giới thiệu từ PCP của quý vị

Thông thường, quý vị sẽ thăm khám với PCP của quý vị trước tiên để đáp ứng hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe định kỳ của quý vị. Chỉ có một vài loại dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể tự mình kiếm mà không cần có sự chấp thuận trước từ PCP của quý vị, được mô tả ở trên trong Mục **D1**.

Giấy giới thiệu có thể dành cho một lần thăm khám hoặc có thể là giấy giới thiệu dài hạn cho nhiều lần thăm khám nếu quý vị liên tục cần các dịch vụ. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị giấy giới thiệu dài hạn đến một bác sĩ chuyên khoa có trình độ về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

- một bệnh trạng mãn tính (đang diễn ra);
- một bệnh tâm thần hoặc thể chất đe dọa tính mạng;
- một bệnh thoái hóa hoặc khuyết tật;
- bất kỳ tình trạng hoặc bệnh nào khác đủ nghiêm trọng hoặc phức tạp để cần được điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa.

Nếu quý vị không nhận được giấy giới thiệu khi cần, quý vị có thể không được thanh toán hóa đơn. Để biết thêm thông tin, gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Giới thiệu đến các nhà cung cấp trong mạng lưới

Khi PCP của quý vị kê toa dịch vụ chăm sóc không có sẵn từ một PCP (ví dụ: chăm sóc chuyên khoa), họ sẽ cấp giấy giới thiệu quý vị đến gặp một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới nếu cần. Nếu PCP của quý vị giới thiệu quý vị tới một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, sự giới thiệu này là để tham gia một chương trình điều trị đặc biệt. Chương trình điều trị của quý vị có thể bao gồm một giấy giới thiệu dài hạn nếu quý vị được chỉ định điều trị liên tục với bác sĩ chuyên khoa. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giấy giới thiệu để cho phép quý vị được một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới tư vấn ban đầu hoặc khám với một số lần quy định. Sau tư vấn ban đầu với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, quý vị phải quay lại khám PCP của mình trừ khi chúng tôi cho phép nhiều lần khám hơn như quy định trong giấy giới thiệu mà chúng tôi đã cấp cho quý vị. Không quay lại khám bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới sau lần khám tư vấn đầu tiên của quý vị trừ khi chúng tôi cho phép quý vị được khám thêm các lần khác trong giấy giới thiệu. Nếu không, các dịch vụ có thể không được đài thọ.

Sự cho phép trước

Đối với các dịch vụ và hạng mục được liệt kê bên dưới, nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị sẽ cần phải được chương trình hoặc Medical Group của chúng tôi chấp thuận trước (việc này được gọi là xin “sự cho phép trước”). Quyết định về yêu cầu có được sự cho phép sẽ chỉ được bác sĩ được cấp phép hoặc các chuyên gia y tế được cấp phép hành nghề thích hợp đưa ra. Nếu quý vị không đồng ý với các quyết định cho phép trước, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại như được mô tả trong **Chương 9**.

- Các dịch vụ và hạng mục được xác định trong **Chương 4** với chú thích (+).
- Nếu nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị quyết định rằng quý vị cần được nhận các dịch vụ được đài thọ hiện không được cung cấp từ nhà cung cấp trong mạng lưới, họ sẽ đề nghị với Medical Group là quý vị nên được giới thiệu tới một nhà cung cấp ngoài mạng lưới ở trong hay ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi. Người được chỉ định phù hợp thuộc Medical Group sẽ cho phép cho các dịch vụ nếu người này xác định rằng các dịch vụ được đài thọ đó cần thiết về mặt y tế và hiện không được cung cấp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Những giới thiệu đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ dành cho một chương trình điều trị đặc biệt, có thể bao gồm giới thiệu dài hạn nếu việc chăm sóc liên tục được chỉ định. Nó quy định khoảng thời gian giới thiệu mà không cần phải được chúng tôi chấp thuận thêm. Vui lòng hỏi nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị những dịch vụ nào đã được cho phép nếu quý vị không chắc chắn. Nếu bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới muốn quý vị trở lại để được chăm sóc thêm, nhớ kiểm tra lại để xem việc giới thiệu có đài thọ cho dịch vụ chăm sóc thêm đó không. Nếu không, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Sau khi chúng tôi được thông báo rằng quý vị cần được chăm sóc sau khi ổn định từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sau khi chăm sóc cấp cứu, chúng tôi sẽ thảo luận tình trạng của quý vị với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu chúng tôi quyết định rằng quý vị cần được chăm sóc sau ổn định và dịch vụ chăm sóc này sẽ được đài thọ nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc của quý vị từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới chỉ khi chúng tôi không thể sắp xếp để có một nhà cung cấp trong mạng lưới (hay nhà cung cấp được chỉ định khác) cung cấp dịch vụ chăm sóc này. Xin xem **Mục H** trong chương này để biết thêm thông tin.
- Phẫu thuật chuyển đổi giới tính cần thiết về mặt y tế và các thủ thuật liên quan.
- Dịch vụ chăm sóc từ viện chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế được mô tả trong **Phần J** của chương này.
- Nếu nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị giới thiệu bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử để đánh giá cấy/ghép, ủy ban hoặc hội đồng hoặc hội nghị trường hợp tư vấn cấy/ghép khu vực của Medical Group (nếu có) sẽ cho phép giới thiệu nếu họ xác định rằng quý vị là ứng viên tiềm năng cho cấy/ghép bộ phận cơ thể và dịch vụ được đài thọ theo quy tắc của Medicare. Trong trường hợp không có ủy ban hay hội đồng tư vấn cấy/ghép, Medical Group sẽ giới thiệu quý vị tới (các) bác sĩ tại một trung tâm cấy ghép và Medical Group sẽ cho phép các dịch vụ này nếu các bác sĩ của trung tâm cấy ghép xác định rằng chúng cần thiết về mặt y tế hay được đài thọ theo các quy định quy tắc của Medicare. Lưu ý: Một bác sĩ trong mạng lưới có thể cung cấp hay chấp thuận hay cho phép thủ thuật ghép giác mạc mà không cần sử dụng thủ tục xin cấp phép cấy/ghép của Medical Group.

D3. Khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi

Một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị sử dụng có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu một trong những nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền và bảo vệ nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Ngay cả khi mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi phải cho quý vị được tiếp cận liên tục các nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn một nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã khám nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
 - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp đó, hiện đang được họ chăm sóc hoặc đã khám họ trong vòng ba tháng qua.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới đủ điều kiện mới để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị hoặc trị liệu y tế với nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của mình, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi làm việc với quý vị để đảm bảo việc điều trị hoặc các liệu pháp cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được vẫn tiếp tục được cung cấp cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau dành cho quý vị và các tùy chọn mà quý vị có thể có đối với việc thay đổi chương trình.
- Nếu chúng tôi không tìm được bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ điều kiện mà quý vị có thể tiếp cận được, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc quyền lợi không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Người được chỉ định phù hợp thuộc Medical Group sẽ cho phép cho các dịch vụ nếu người này xác định rằng các dịch vụ được đài thọ đó cần thiết về mặt y tế và hiện không được cung cấp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Những giới thiệu đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ dành cho một chương trình điều trị đặc biệt, có thể bao gồm giới thiệu dài hạn nếu việc chăm sóc liên tục được chỉ định. Nó quy định khoảng thời gian giới thiệu mà không cần phải được chúng tôi chấp thuận thêm. Vui lòng hỏi nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị những dịch vụ nào đã được cho phép nếu quý vị không chắc chắn. Nếu bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới muốn quý vị trở lại để được chăm sóc thêm, nhớ kiểm tra lại để xem việc giới thiệu có đài thọ cho dịch vụ chăm sóc thêm đó không. Nếu không, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa đổi nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ điều kiện hoặc rằng chúng tôi không quản lý tốt dịch vụ chăm sóc của quý vị thì quý vị có quyền nộp đơn than phiền về chất lượng chăm sóc cho QIO, để phàn nàn về chất lượng chăm sóc, hoặc cả hai. (Hãy tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

Nếu quý vị phát hiện ra một trong những nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị trong việc tìm một nhà cung cấp mới và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Xin vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

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

- Chúng tôi không thể chi trả cho một nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia vào Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia vào Medicare, quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Các nhà cung cấp phải cho quý vị biết nếu họ không đủ điều kiện tham gia vào Medicare.

Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ ngoại trừ trong những tình huống sau đây:

- Các dịch vụ cấp cứu hay cần gấp mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin liên quan, hãy tham khảo định nghĩa về các dịch vụ cấp cứu hoặc cần gấp, xem **D1** của chương này.
- Chúng tôi hoặc Medical Group cho phép giới thiệu đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới được mô tả trong **Mục D2** của chương này.
- Các dịch vụ thẩm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chúng nhận khi quý vị tạm thời ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị đến thăm khám tại khu vực phục vụ ở vùng Kaiser Permanente khác, quý vị có thể sử dụng một số dịch vụ chăm sóc nhất định được Medicare đài thọ trong **Cẩm Nang Hội Viên** từ các nhà cung cấp được chỉ định trong khu vực phục vụ đó. Vui lòng gọi đường dây dịch vụ chăm sóc xa nhà khi đi du lịch của chúng tôi theo số **1-951-268-3900 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (ngoại trừ các ngày lễ) hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi tại **kp.org/travel** để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc khi đến khu vực phục vụ thuộc Vùng khác ở Kaiser Permanente, bao gồm thông tin bảo hiểm và địa điểm cơ sở. Kaiser Permanente có ở California, Quận Columbia, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia và Washington. Lưu ý: Đường dây dịch vụ chăm sóc xa nhà khi đi du lịch của chúng tôi cũng có thể trả lời các câu hỏi về dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp được đài thọ mà quý vị nhận được ở ngoài mạng lưới, bao gồm cách nhận tiền bồi hoàn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

- Đối với Dịch Vụ Medi-Cal, quý vị có thể đến một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới mà không cần giấy giới thiệu hoặc cho phép trước nếu cần sử dụng các dịch vụ cấp cứu hoặc một số dịch vụ chăm sóc nhạy cảm nhất định. Quý vị cũng có thể đến một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới để sử dụng dịch vụ chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực khi quý vị đang ở tại khu vực mà chúng tôi không hoạt động. Nếu quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tinh thần ngoại trú thì quý vị có thể đến nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần của quận hạt mà không cần sự cho phép trước. Quý vị phải có giấy giới thiệu hoặc được chấp thuận trước khi sử dụng tất cả các dịch vụ ngoài mạng lưới khác, nếu không chúng sẽ không được đài thọ.
- Lưu ý: Nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Da Đỏ bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi mà không cần giấy giới thiệu.

E. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị điều trị ở nhà và tránh phải nằm viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị được tiếp cận với một số LTSS nhất định thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Một loại LTSS khác, chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà có sẵn thông qua cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị.

- Quý vị có thể hỏi bác sĩ hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị để biết thêm thông tin về LTSS.

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare đài thọ cho các tình trạng sức khỏe hành vi từ mức độ nhẹ đến trung bình được Medi-Cal đài thọ. Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa được Medi-Cal đài thọ, nhưng các dịch vụ này sẽ sẵn có cho quý vị sử dụng thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần thuộc quận hạt của quý vị. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ sức khỏe tinh thần có sẵn thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần ở quận của quý vị, vui lòng liên hệ:

- Sở Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles theo số **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- Dịch Vụ Phục Hồi và sức khỏe tinh thần Quận Orange theo số **1-855-625-4657 (TTY 711)**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Sở Y Tế Tâm Thần Quận Riverside theo số **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Sở Sức Khỏe Hành Vi San Bernardino theo số **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego theo số **1-888-724-7240 (TTY 711)**

F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi

Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal có sẵn cho quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (mental health plan, “MHP”) của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa.

- Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa của Medi-Cal được đài thọ bởi **Sở Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles** theo số **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa của Medi-Cal được đài thọ bởi Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Tinh Thần Quận Orange theo số 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa của Medi-Cal được đài thọ bởi **Sở Y Tế Tâm Thần Quận Riverside** theo số **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa của Medi-Cal được đài thọ bởi **Sở Sức Khỏe Hành Vi San Bernardino** theo số **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa của Medi-Cal được đài thọ bởi **Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego** theo số **1-888-724-7240 (TTY 711)**

Dịch vụ ngoại trú

- Dịch vụ sức khỏe tinh thần (đánh giá, lập chương trình, trị liệu, phục hồi chức năng và phụ trợ).
- Các dịch vụ hỗ trợ thuốc men.
- Dịch vụ tăng cường điều trị ban ngày.
- Dịch vụ phục hồi chức năng ban ngày.
- Dịch vụ can thiệp khủng hoảng.
- Dịch vụ ổn định khủng hoảng.
- Dịch vụ quản lý ca bệnh nhắm mục tiêu.
- Dịch vụ hành vi trị liệu.

Dịch vụ lưu trú

- Các dịch vụ điều trị tại nơi cư trú dành cho người lớn
- Các dịch vụ điều trị khủng hoảng tại nơi cư trú.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Dịch vụ nội trú

- Dịch vụ điều trị bệnh tâm thần cấp tính dành cho bệnh nhân nội trú tại bệnh viện.
- Dịch vụ điều trị tâm thần chuyên khoa dành cho bệnh nhân nội trú tại bệnh viện.
- Các dịch vụ của cơ sở chăm sóc sức khỏe tinh thần.

Nếu quý vị đáp ứng tiêu chí để sử dụng những dịch vụ này, các dịch vụ của Hệ Thống Phân Phối Có Tổ Chức Medi-Cal hoặc Medi-Cal về Thuốc luôn sẵn sàng phục vụ quý vị theo:

- Sở Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles theo số **1-800-854-7771** (TTY **711**)
- Dịch Vụ Phục Hồi và sức khỏe tinh thần Quận Orange theo số **1-855-625-4657** (TTY **711**)
- Sở Y Tế Tâm Thần Quận Riverside theo số **1-800-706-7500** (TTY **711**)
- Sở Sức Khỏe Hành Vi San Bernardino theo số **1-888-743-1478** (TTY **711**)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego theo số **1-888-724-7240** (TTY **711**)

Các dịch vụ Medi-Cal về Thuốc bao gồm:

- Các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu.
- Các dịch vụ điều trị tại nơi cư trú.
- Các dịch vụ thuốc miễn phí cho bệnh nhân ngoại trú.
- Các dịch vụ điều trị ma túy.
- Các dịch vụ điều trị bằng Naltrexone cho tình trạng lệ thuộc opioid.

Các dịch vụ của Hệ Thống Phân Phối Có Tổ Chức Medi-Cal về Thuốc bao gồm:

- Các dịch vụ ngoại trú và ngoại trú chuyên sâu.
- Thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc).
- Nội trú.
- Quản lý cai nghiện.
- Các dịch vụ điều trị ma túy.
- Các dịch vụ phục hồi.
- Điều phối chăm sóc.

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể được sử dụng các dịch vụ cai nghiện nội trú tự nguyện nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G. Dịch vụ chuyên chở

G1. Phương tiện chuyên chở y tế cho các tình huống không khẩn cấp

Quý vị được quyền sử dụng phương tiện chuyên chở y tế không khẩn cấp nếu quý vị có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng ô tô, xe buýt hoặc taxi đến các cuộc hẹn của mình. Phương tiện chuyên chở y tế không khẩn cấp có thể được cung cấp cho các dịch vụ được đài thọ, như các cuộc hẹn khám bệnh, nha khoa, sức khỏe tinh thần, sử dụng chất kích thích và đến nhà thuốc. Quý vị có thể yêu cầu phương tiện chuyên chở y tế không khẩn cấp bằng cách yêu cầu nhà cung cấp trong mạng lưới, nha sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Nhà cung cấp của quý vị sẽ quyết định loại phương tiện chuyên chở chính xác mà quý vị cần. Phương tiện chuyên chở y tế không khẩn cấp có thể là xe cứu thương, xe tải chở được bằngca, xe tải chở được xe lăn hoặc phương tiện chuyên chở bằng đường hàng không.

Phải sử dụng phương tiện chuyên chở y tế khi:

- Quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, ô tô hoặc xe tải để đến cuộc hẹn.
- Quý vị cần tài xế trợ giúp đưa đến và đi khỏi nơi cư trú, phương tiện đi lại hoặc nơi điều trị do tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc trí tuệ.
- Nó được yêu cầu bởi một bác sĩ thuộc mạng lưới và được cho phép trước.

Nếu bác sĩ quyết định quý vị cần Phương Tiện Chuyên Chở Y Tế thì bác sĩ sẽ chỉ định cho quý vị. Để biết thêm thông tin về cách đặt lịch phương tiện chuyên chở y tế, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên ở số ở cuối trang này.

Giới hạn cho Phương Tiện Chuyên Chở Phi Y Tế

Đối với trường hợp không khẩn cấp, chúng tôi đài thọ cho phương tiện chuyên chở y tế có chi phí thấp nhất cho nhu cầu y tế của quý vị đến nhà cung cấp dịch vụ gần nhất mà quý vị đặt cuộc hẹn. Nghĩa là, ví dụ: nếu tình trạng thể chất hoặc sức khỏe của quý vị có thể cho phép đưa đón quý vị bằng xe tải chở được xe lăn, chúng tôi sẽ không chi trả cho xe cứu thương. Quý vị được bảo hiểm cho chuyên chuyển hàng không khi cần thiết về mặt y tế. Quý vị không thể được cung cấp phương tiện chuyên chở y tế nếu Medicare hoặc Medi-Cal không đài thọ dịch vụ.

Nếu Medi-Cal đài thọ cho loại cuộc hẹn nhưng không thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi, chúng tôi sẽ không đài thọ cho phương tiện chuyên chở y tế. Tuy nhiên, chúng tôi có thể giúp quý vị lên lịch cho phương tiện chuyên chở mà quý vị cần. Nếu quý vị cần phương tiện chuyên chở y tế trong khu vực phục vụ của chúng tôi hoặc đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho phương tiện chuyên chở y tế nếu chúng tôi đã cho phép điều đó đối với quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G2. Phương tiện chuyên chở phi y tế

Quyền lợi liên quan đến việc chuyên chở phi y tế bao gồm đưa đến và đi từ nơi quý vị hẹn sử dụng dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Quý vị có thể được chở đi miễn phí khi quý vị:

- Đưa đến và đi từ nơi quý vị hẹn sử dụng dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép, hoặc
- Lấy thuốc theo toa và tiếp liệu y tế.

Chương trình của chúng tôi cho phép quý vị dùng xe hơi, xe taxi, xe buýt hoặc một phương tiện chuyên chở tư nhân/cộng cộng khác để đưa quý vị đến cuộc hẹn thăm khám phi y tế để sử dụng dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Chúng tôi đài thọ loại hình chuyên chở phi y tế có chi phí thấp nhất mà đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được bồi hoàn khi đi xe riêng mà quý vị sắp xếp. Chương trình của chúng tôi phải chấp thuận điều này **trước khi** quý vị sử dụng phương tiện và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do tại sao quý vị không thể đi bằng phương tiện khác, như đi xe buýt. **Quý vị không được bồi hoàn khi tự lái xe.** Bồi hoàn số dặm bay yêu cầu tất cả những điều sau:

- Giấy phép lái xe của tài xế.
- Việc đăng ký phương tiện của tài xế.
- Chứng từ bảo hiểm xe ô tô của tài xế.

Để yêu cầu được chuyên chở khi sử dụng các dịch vụ đã được cho phép, hãy gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở của chúng tôi theo số **1-844-299-6230 (TTY 711)** ít nhất ba ngày làm việc (từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **cuộc hẹn khẩn cấp**, gọi càng sớm càng tốt. Vui lòng chuẩn bị sẵn tất cả các thông tin sau khi quý vị gọi:

- Thẻ Nhận Dạng (thẻ ID) Kaiser Permanente của quý vị.
- Ngày và giờ cho cuộc hẹn thăm khám y khoa của quý vị.
- Địa chỉ nơi quý vị cần đón và địa chỉ nơi quý vị đến.
- Nếu quý vị cần được đưa đi và đón về.
- Nếu có người đi cùng với quý vị không (ví dụ: phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người chăm sóc)

Lưu ý: Người Mỹ Bản Địa có thể liên hệ với Phòng Khám Sức Khỏe Dành Cho Người Mỹ Bản Địa tại địa phương của họ để yêu cầu chuyên chở phi y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Giới hạn cho phương tiện chuyên chở phi y tế

Chương trình của chúng tôi cung cấp phương tiện chuyên chở phi y tế với chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị để đưa quý vị từ nhà mình đến nhà cung cấp dịch vụ gần nhất mà quý vị đặt cuộc hẹn. **Quý vị không thể tự mình lái xe, vì như vậy quý vị sẽ không được bồi hoàn trực tiếp.**

Chuyên chở phi y tế **không** áp dụng nếu:

- Cần có xe cứu thương, xe tải chở được bằng ca, xe tải chở được xe lăn, hoặc các hình thức phương tiện chuyên chở phi y tế khác để sử dụng dịch vụ.
- Quý vị cần hỗ trợ từ tài xế khi đến và đi từ nơi cư trú, phương tiện đi lại hoặc nơi điều trị do tình trạng khuyết tật thể chất hoặc y tế.
- Quý vị đang ngồi trên xe lăn và không thể ra vào xe nếu không có sự trợ giúp của tài xế.
- Dịch vụ Medicare không được chúng tôi đài thọ.
- Dịch vụ không được Medi-Cal đài thọ.

H. Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc trong một thảm họa

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Một trường hợp cấp cứu y tế là một bệnh trạng có các triệu chứng như cơn đau dữ dội hoặc chấn thương nghiêm trọng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, quý vị hoặc bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến:

- Nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi; **hoặc**
- Nguy hại nghiêm trọng cho các chức năng của cơ thể; **hoặc**
- Sự hoạt động khác thường của bất kỳ bộ phận hoặc phần nào của cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi:
 - không đủ thời gian để di chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh.
 - việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cần cấp cứu y tế

Chúng tôi đài thọ các 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 được ổn định và khi nào việc cấp cứu y tế chấm dứt. Quý vị có thể được đài thọ cho chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất cứ nơi nào dù là ở trong hay ngoài Hoa Kỳ.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Được trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Hãy gọi **911** hay tới phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần PCP chấp thuận hoặc giới thiệu. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu, bao gồm cả dịch vụ xe cứu thương, bất cứ khi nào quý vị cần, ở mọi nơi tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ hay trên toàn thế giới, từ tất cả các nhà cung cấp có giấy phép thích hợp của tiểu bang.

Dịch vụ chăm sóc sau khi ổn định

Hãy cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị càng sớm càng tốt. Chúng tôi sẽ theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hay người nào khác nên gọi để cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không được thanh toán cho các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị chậm thông báo cho chúng tôi. Số điện thoại để gọi được liệt kê ở trên mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

Chúng tôi sẽ hợp tác với các bác sĩ đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu để giúp quản lý và theo dõi việc chăm sóc của quý vị. Sau khi tình trạng cấp cứu qua đi, quý vị được quyền nhận các dịch vụ chăm sóc theo dõi để đảm bảo tình trạng của quý vị tiếp tục ổn định. Các bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị đến khi các bác sĩ của quý vị liên hệ với chúng tôi và lập kế hoạch chăm sóc bổ sung. Chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho việc chăm sóc sau ổn định theo dõi của quý vị theo luật hiện hành. Điều quan trọng là nhà cung cấp của quý vị phải gọi cho chúng tôi để nhận được chấp thuận cho việc chăm sóc sau ổn định **trước khi** quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp điều trị cho quý vị phải xin phép chúng tôi đồng ý chấp thuận, trước khi chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc sau khi ổn định. Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị sẽ chỉ phải chịu trách nhiệm pháp lý về tài chính nếu quý vị được nhà cung cấp ngoài mạng lưới hay chúng tôi thông báo về khả năng có thể phải chịu trách nhiệm của quý vị.

Để yêu cầu chấp thuận trước khi sử dụng dịch vụ chăm sóc sau ổn định từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy bảo nhà cung cấp đó gọi cho chúng tôi theo số **1-800-225-8883 (TTY 711)**. Ngoài ra, họ cũng có thể gọi đến số điện thoại ghi ở mặt sau thẻ ID Kaiser Permanente của quý vị. Nhà cung cấp phải gọi cho chúng tôi trước khi quý vị nhận dịch vụ của họ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Khi nhà cung cấp gọi cho chúng tôi, chúng tôi sẽ nói chuyện với bác sĩ đang điều trị cho quý vị về vấn đề sức khỏe của quý vị. Nếu chúng tôi xác định là quý vị cần dịch vụ chăm sóc sau khi ổn định, chúng tôi sẽ chấp thuận cho phép triển khai các dịch vụ được đài thọ này. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể thu xếp cho một nhà cung cấp thuộc mạng lưới cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc này.

Nếu chúng tôi quyết định có một bệnh viện trong mạng lưới, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc nhà cung cấp khác cung cấp dịch vụ chăm sóc, chúng tôi có thể chấp thuận các dịch vụ chuyên chở cần thiết về mặt y tế để đưa quý vị đến nhà cung cấp đó. Trường hợp này có thể gồm cả dịch vụ chuyên chở đặc biệt mà thông thường chúng tôi không đài thọ.

Quý vị nên hỏi nhà cung cấp cho quý vị biết chúng tôi đã chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc nào (kể cả dịch vụ chuyên chở). Chúng tôi chỉ đài thọ cho các dịch vụ hoặc các phương tiện chuyên chở liên quan mà chúng tôi đã cho phép. Nếu quý vị yêu cầu và được cung cấp những dịch vụ không được đài thọ, chúng tôi có thể sẽ không thanh toán cho nhà cung cấp đối với những dịch vụ này.

Chăm sóc sau ổn định cũng sẽ bao gồm thiết bị y khoa lâu bền (“DME”) nhưng chỉ khi đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Thiết bị DME được đài thọ theo như mô tả trong **Chương 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Về mặt y tế, quý vị cần có thiết bị y khoa lâu bền (DME) sau khi xuất viện.
- Thiết bị DME mà quý vị nhận được phải liên quan đến dịch vụ chăm sóc cấp cứu mà quý vị sử dụng trong bệnh viện.

Sử dụng dịch vụ chăm sóc cấp cứu nếu không trong trường hợp cấp cứu

Đôi khi, khó có thể biết đó có phải là một trường hợp cấp cứu y tế hoặc cấp cứu sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể đến để được chăm sóc cấp cứu và bác sĩ nói rằng đó không thực sự là một trường hợp cấp cứu. Miễn là quý vị cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc chăm sóc của quý vị.

Sau khi bác sĩ cho biết đây không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi chỉ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc bổ sung của quý vị nếu:

- Quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới **hoặc**
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là “chăm sóc cần gấp” và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận được dịch vụ chăm sóc đó. Tham khảo phần tiếp theo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

H2. Chăm sóc cần gấp

Chăm sóc cần gấp là chăm sóc mà quý vị nhận được khi gặp tình trạng đột ngột không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ: quý vị có thể bị bùng phát một tình trạng hiện có hoặc một cơn đau họng dữ dội xảy ra vào cuối tuần và cần được điều trị.

Chăm sóc cần gấp trong khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc cần gấp nếu:

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và
- Quý vị làm theo các quy tắc được mô tả trong chương này.

Nếu quý vị không thể đến nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, chúng tôi đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc cần gấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Chúng tôi biết rằng đôi khi khó biết quý vị cần hình thức chăm sóc nào. Đó là lý do tại sao chúng tôi dịch vụ tư vấn điều dưỡng qua điện thoại để hỗ trợ quý vị. Điều dưỡng tư vấn của chúng tôi là những điều dưỡng đã đăng ký, được đào tạo đặc biệt để giúp đánh giá các triệu chứng y tế và tư vấn qua điện thoại, nếu phù hợp về mặt y tế. Dù quý vị gọi để được tư vấn hay để đặt lịch hẹn, quý vị đều có thể nói chuyện với một y tá tư vấn.

Họ thường có thể giải đáp thắc mắc về mối quan ngại nhỏ, cho quý vị biết việc cần làm nếu một cơ sở trong mạng lưới đóng cửa, hay tư vấn cho quý vị về điều cần làm kế tiếp, kể cả đặt lịch hẹn chăm sóc khẩn cấp trong ngày cho quý vị nếu phù hợp về mặt y tế. Để trò chuyện với y tá tư vấn 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần hoặc đặt lịch hẹn, vui lòng tham khảo **Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc** để được đặt lịch hẹn và lấy số điện thoại tư vấn.

Chăm sóc cần gấp ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi

Khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi, quý vị có thể không nhận được dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc cần gấp mà quý vị nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào.

Chương trình của chúng tôi đòi hỏi cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Các dịch vụ này là cần thiết để điều trị bệnh tật hoặc chấn thương không lường trước được nhằm ngăn chặn tình trạng sức khỏe của quý vị bị suy giảm nghiêm trọng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Không thể trì hoãn việc điều trị cho đến khi quý vị quay trở lại khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Các dịch vụ sẽ được đài thọ nếu quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

H3. Chăm sóc khi có thảm họa

Nếu thống đốc của California, Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ hay tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố một tình trạng thảm họa hay khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền nhận dịch vụ chăm sóc từ chương trình của chúng tôi.

Truy cập trang mạng của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc quý vị cần trong thời gian có thảm họa đã được tuyên bố: **kp.org**.

Trong một thảm họa được tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới ở mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới trong một thảm họa được tuyên bố, quý vị có thể mua thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin.

I. Phải làm gì nếu quý vị được gửi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ

Nếu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho quý vị thay vì gửi cho chương trình của chúng tôi, quý vị cần yêu cầu chúng tôi chi trả phần chia sẻ hóa đơn của chúng tôi.

Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Nếu quý vị làm vậy, chúng tôi có thể không trả lại được tiền cho quý vị.

Nếu quý vị đã chi trả cho các dịch vụ được đài thọ nhiều hơn phần chia sẻ chi phí theo chương trình hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn phải thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để xem cần làm gì.

I1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ

Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả dịch vụ:

- Được xác định là cần thiết về mặt y tế **và**
- Được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi (tham khảo **Chương 4** trong **Cẩm Nang Hội Viên**) này **và**
- Dịch vụ quý vị nhận được bằng cách tuân theo các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không đài thọ, **quý vị tự trả toàn bộ chi phí.**

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có chi trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc chăm sóc y tế nào không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền hỏi bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không chi trả cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Chương 9 trong **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích những việc cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một dịch vụ hoặc vật dụng y tế. Nó cũng cho quý vị biết cách khiếu nại quyết định đài thọ của chúng tôi. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu thêm về các quyền khiếu nại của quý vị.

Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ tới một giới hạn nhất định. Nếu quý vị vượt quá giới hạn, quý vị phải chi trả cho toàn bộ chi phí để được sử dụng tiếp loại dịch vụ đó. Tham khảo **Chương 4** để biết các giới hạn quyền lợi cụ thể. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu giới hạn quyền lợi là gì và quý vị đã sử dụng bao nhiêu quyền lợi.

J. Phạm vi bảo hiểm của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng

J1. Định nghĩa về một nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Nghiên cứu khảo sát lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là một cách bác sĩ thử nghiệm các loại thuốc hoặc chăm sóc sức khỏe mới. Một nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu người tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Sau khi Medicare chấp thuận một nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia, ai đó làm việc trong nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị. Người đó nói với quý vị về nghiên cứu và tìm hiểu xem quý vị có đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu đó không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các điều kiện bắt buộc. Quý vị phải hiểu và chấp nhận những điều phải làm trong nghiên cứu.

Trong khi tham gia nghiên cứu, quý vị có thể tiếp tục ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Bằng cách đó, chương trình của chúng tôi tiếp tục chi trả các dịch vụ và dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu quý vị muốn tham gia vào bất cứ nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận nào, quý vị **không** cần báo cho chúng tôi hoặc được chúng tôi hoặc nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị chấp thuận. Các nhà cung cấp mà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị như một phần của nghiên cứu **không** cần phải là nhà cung cấp trong mạng lưới. Xin lưu ý rằng việc này không bao gồm các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm đưa vào, như một thành phần, thử nghiệm lâm sàng hoặc sổ đăng ký để đánh giá quyền lợi. Những quyền lợi này bao gồm một số quyền lợi được chỉ định theo quyết định bảo hiểm quốc gia (national coverage determinations, NCD) và thử nghiệm thiết bị nghiên cứu (investigational device trial, IDE) và có thể phải được cho phép trước và tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Chúng tôi khuyến khích quý vị cho chúng tôi biết trước khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng.

Nếu quý vị định tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng, người tham gia được đài thọ bởi Original Medicare, chúng tôi khuyến khích quý vị hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị cần liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia một thử nghiệm lâm sàng.

J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị đang ở một nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng mà Medicare chấp thuận, quý vị sẽ không phải chi trả gì cho các dịch vụ được đài thọ trong nghiên cứu. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ trong nghiên cứu cũng như các chi phí định kỳ liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Sau khi quý vị tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị được đài thọ cho hầu hết các dịch vụ và hạng mục mà quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu. Bao gồm:

- Tiền ăn ở cho thời gian nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Một ca phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác thuộc nghiên cứu.
- Điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới.

Nếu quý vị tham gia nghiên cứu mà Medicare **chưa** chấp thuận, quý vị chi trả bất kỳ chi phí nào để tham gia nghiên cứu.

J3. Thông tin thêm về các nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc “Medicare & Nghiên Cứu Lâm Sàng” trên trang mạng của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Quý vị cũng có thể 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**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được đài thọ như thế nào trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

K1. Định nghĩa về một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị thường nhận được trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại với tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo.

Quyền lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú của Medicare Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

K2. Dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

Để nhận được dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo, quý vị phải ký một văn bản pháp lý cho biết quý vị không đồng ý điều trị y tế “không ngoại lệ”.

- Điều trị y tế “không ngoại lệ” là bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào mà là **tự nguyện và không bắt buộc** theo bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế “ngoại lệ” là bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào mà là **không tự nguyện và bắt buộc** theo bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.

Để được chương trình của chúng tôi đài thọ, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Phạm vi bảo hiểm của chương trình chúng tôi được giới hạn đối với khía cạnh phi tôn giáo của dịch vụ chăm sóc.
- Nếu quý vị nhận được các dịch vụ từ cơ sở này được cung cấp cho quý vị trong một cơ sở:
- Quý vị phải có một tình trạng y tế cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ cho chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi vào nằm tại cơ sở, nếu không thời gian nằm lại của quý vị sẽ **không** được đài thọ.

Lưu ý: Các dịch vụ được đài thọ phải tuân theo yêu cầu về các giới hạn và phần chia sẽ chi phí giống nhau đối với các dịch vụ trực thuộc nhà cung cấp trong mạng lưới như được mô tả trong **Chương 4 và 12**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

L. Thiết bị y khoa lâu bền (DME)

L1. DME thuộc chương trình của chúng tôi

Thiết bị y khoa lâu bền (“DME”) bao gồm các hạng mục đáp ứng những tiêu chí sau:

- Vật dụng này dùng để sử dụng nhiều lần
- Vật dụng này chủ yếu sử dụng để phục vụ mục đích y tế
- Thiết bị này thường chỉ hữu ích cho những người bị bệnh hoặc bị chấn thương
- Vật dụng này phù hợp để sử dụng trong nhà
- Thiết bị cần thiết giúp quý vị trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (“ADLs”)

Thiết bị y khoa lâu bền cần phải có sự phê duyệt trước. Phạm vi bảo hiểm sẽ được giới hạn ở thiết bị có chi phí thấp nhất đáp ứng đầy đủ nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ chọn nhà cung cấp. Quý vị phải trả lại thiết bị cho chúng tôi hoặc trả cho chúng tôi theo giá thị trường hợp lý của thiết bị khi chúng tôi không còn đòi hỏi thiết bị đó nữa.

DME bao gồm một số vật dụng cần thiết về mặt y tế do nhà cung cấp đặt hàng như xe lăn, nạng chống, hệ thống nệm điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà, bơm truyền tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và nguồn cung cấp ô-xy, máy phun sương và khung tập đi.

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

Trong mục này, chúng ta thảo luận về DME quý vị thuê. Ở Original Medicare, những người thuê một số loại DME nhất định sẽ sở hữu thiết bị sau khi thanh toán tiền đồng trả cho vật dụng đó trong 13 tháng. Là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ **không được** sở hữu DME, dù là quý vị thuê vật dụng đó trong bao lâu.

Ngay cả khi quý vị đã có DME trong tối đa 12 tháng liên tiếp ở Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ **không** được sở hữu thiết bị.

L2. Sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Trong chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME nhất định sẽ sở hữu nó sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage (MA), chương trình có thể đặt số tháng mà mọi người phải thuê một số loại DME nhất định trước khi họ sở hữu nó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Lưu ý: Quý vị có thể tìm thấy các định nghĩa về Chương Trình Original Medicare và MA trong **Chương 12**. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về chúng ở cẩm nang *Medicare & You 2024*. Nếu quý vị chưa có bản sao của cuốn cẩm nang này, quý vị có thể lấy tại trang mạng của Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) hoặc 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**.

Nếu Medi-Cal không được chọn, quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán liên tiếp theo Original Medicare hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số lần thanh toán liên tiếp do chương trình MA quy định để được sở hữu vật dụng DME nếu:

- Quý vị đã không trở thành chủ sở hữu của vật dụng DME khi quý vị đang ở trong chương trình của chúng tôi **và**
- Quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận các quyền lợi Medicare của quý vị bên ngoài bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào trong chương trình Original Medicare hoặc chương trình MA.

Nếu quý vị đã thanh toán cho vật dụng DME theo chương trình Original Medicare hoặc MA trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, **các khoản thanh toán theo chương trình Original Medicare hoặc MA đó không được tính vào các khoản thanh toán mà quý vị cần thực hiện sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi.**

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp do chương trình MA quy định để được sở hữu vật dụng DME.
- Không có ngoại lệ cho trường hợp này khi quý vị trở lại chương trình Original Medicare hoặc MA

L3. Quyền lợi về thiết bị ô-xy khi là hội viên của chương trình chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị ô-xy được Medicare đài thọ và quý vị là hội viên của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ đài thọ:

- Cho thuê thiết bị ô-xy.
- Cung cấp ô-xy và hàm lượng ô-xy.
- Ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp ô-xy và hàm lượng ô-xy.
- Bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị ô-xy.

Thiết bị ô-xy phải được trả lại khi quý vị không còn cần dùng để điều trị hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

L4. Thiết bị ô-xy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác

Khi cần dùng thiết bị ô-xy để điều trị và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị được thuê thiết bị từ một nhà cung cấp trong 36 tháng. Các khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng của quý vị bao gồm thiết bị, vật tư và dịch vụ ô-xy được liệt kê ở trên.

Nếu cần dùng thiết bị ô-xy để điều trị **sau khi quý vị thuê thiết bị trong 36 tháng**, nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp:

- Thiết bị, vật tư và dịch vụ ô-xy trong 24 tháng nữa.
- Thiết bị và vật tư ô-xy lên đến 5 năm nếu cần dùng để điều trị.

Nếu vẫn cần dùng thiết bị ô-xy để điều trị **khi hết thời gian 5 năm**:

- Nhà cung cấp của quý vị không còn cung cấp thiết bị đó nữa và quý vị có thể chọn nhận thiết bị thay thế từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- Thời gian 5 năm mới bắt đầu.
- Quý vị thuê từ một nhà cung cấp trong 36 tháng.
- Sau đó, nhà cung cấp của quý vị cung cấp thiết bị, vật tư và dịch vụ ô-xy trong 24 tháng nữa.
- Một chu kỳ mới bắt đầu cứ sau 5 năm, miễn là cần dùng thiết bị ô-xy để điều trị.

Khi thiết bị ô-xy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang chương trình MA khác**, chương trình sẽ đài thọ ít nhất những gì Original Medicare đài thọ. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới của mình xem chương trình bao gồm thiết bị và vật tư ô-xy nào và chi phí của quý vị sẽ là bao nhiêu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 4: Bảng quyền lợi

Phân Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ và bất kỳ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với những dịch vụ đó và quý vị phải trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ. Nó cũng cho quý vị biết về các quyền lợi không được đài thọ trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Các hội viên mới của Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Chương Trình Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 của chúng tôi để nhận các quyền lợi của Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu được ghi danh vào Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị trong một tháng bổ sung. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. Sẽ không có sự chênh lệch trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)** nếu quý vị có thắc mắc. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

Chương 4 Mục Lục

A. Các dịch vụ được đài thọ và chi phí tự trả của quý vị.....	72
A1. Trong các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng	72
B. Quy tắc chống lại các nhà cung cấp tính phí dịch vụ của quý vị.....	72
C. Về Bảng Quyền Lợi trong chương trình chúng tôi	73
D. Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi	75
E. Các quyền lợi được đài thọ bên ngoài chương trình của chúng tôi	148
E1. Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)	148
Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT.....	148
Đối với các dịch vụ không liên quan đến chương trình chuyển tiếp CCT của quý vị	148

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Quyền lợi bảo hiểm thuốc sẽ không thay đổi gì	148
E2. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal	149
E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời.....	149
E4. Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia (In-Home Supportive Services, IHSS)	150
E5. 1915(c) Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Trong Cộng Đồng (Home and Community Based Services, HCBS)	151
E6. Dịch vụ thẩm định của Cơ Quan Giáo Dục Địa Phương ("Local Education Agency, LEA").....	154
E7. Các dịch vụ LEA như được chỉ định trong Tiêu đề 22 CCR Mục 51360	154
E8. Các dịch vụ phòng xét nghiệm được cung cấp theo chương trình xét nghiệm alpha-fetoprotein huyết thanh của Tiểu Bang.....	154
E9. Cầu nguyện hoặc chữa lành tâm linh	154
F. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ	155
Các Trường Hợp Loại Trừ của DeltaCare USA	160

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A. Các dịch vụ được đài thọ và chi phí tự trả của quý vị

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ và quý vị phải trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được đài thọ. Thông tin về các quyền lợi thuộc có trong **Chương 5** của quý vị ở **Cẩm Nang Hội Viên**. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Đối với một số dịch vụ, quý vị phải trả một khoản chi phí tự trả được gọi là tiền đồng trả. Đây là số tiền cố định (ví dụ: 5\$) quý vị phải trả mỗi khi quý vị nhận được dịch vụ đó. Quý vị thanh toán tiền đồng trả tại thời điểm nhận được dịch vụ y tế.

Nếu quý vị cần trợ giúp để biết những dịch vụ nào được đài thọ, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

A1. Trong các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng

Trong trường hợp ban bố tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng do một căn bệnh, chúng tôi sẽ chi trả miễn phí cho quý vị các dịch vụ sau:

- Các dịch vụ phòng ngừa, bao gồm chủng ngừa, có khuyến nghị “A” hoặc “B” từ Lực Lượng Đặc Nhiệm Dịch Vụ Phòng Ngừa Hoa Kỳ.
- Các dịch vụ và sản phẩm cần thiết cho kiểm tra sàng lọc, xét nghiệm và chẩn đoán bệnh thuộc tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng.
- Được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt hoặc cấp phép sử dụng khẩn cấp để điều trị bệnh.

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

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp tính phí các dịch vụ được đài thọ trong mạng lưới cho quý vị. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình và chúng tôi tránh cho quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức phí nhà cung cấp tính cho một dịch vụ.

Quý vị sẽ không bao giờ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp đối với các dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị bị tính phí, hãy tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

C. Về Bảng Quyền Lợi trong chương trình chúng tôi

Bảng Quyền Lợi cho quý vị biết các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả. Nó liệt kê các dịch vụ được đài thọ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích những dịch vụ đó.

Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi khi đáp ứng các quy tắc sau.


- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ theo các quy tắc mà Medicare và Medi-Cal đặt ra.
- Các dịch vụ này (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc theo toa Phần B) phải cần thiết về mặt y tế. “Cần thiết về mặt y tế” nghĩa là các dịch vụ, vật liệu hay các loại thuốc cần để phòng bệnh, chẩn đoán hay điều trị tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ, trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần gấp hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu cho quý vị. **Chương 3** trong **Cẩm Nang Hội Viên** có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp chăm sóc chính (primary care provider, PCP) hoặc một đội ngũ chăm sóc đang cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Việc này được gọi là giới thiệu. **Chương 3** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này có thêm thông tin về việc nhận giấy giới thiệu và khi nào quý vị **không** cần chúng.
- Chúng tôi chỉ đài thọ một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi chấp thuận trước. Đây được gọi là sự cho phép trước (prior authorization, PA). Chúng tôi đã đánh dấu các dịch vụ được đài thọ cần PA trong Bảng Quyền Lợi bằng chú dẫn (†). Ngoài ra, hãy tham khảo **Chương 3**, để biết thêm thông tin về Sự Cho Phép Trước (PA), bao gồm các dịch vụ khác mà theo đó cần PA nhưng chưa được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi.
- Tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quý vị sẽ thấy quả táo 🍏 bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa ở Bảng Quyền Lợi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- **Hỗ trợ Cộng Đồng:** Có thể có sẵn Hỗ Trợ Cộng Đồng trong Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân của quý vị. Hỗ Trợ Cộng Đồng là các dịch vụ hoặc cài đặt thay thế phù hợp về mặt y tế và hiệu quả về chi phí. Những dịch vụ này không bắt buộc đối với các hội viên. Nếu quý vị đủ điều kiện, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Chúng **không** thay thế cho các quyền lợi mà quý vị đã nhận được trong chương trình Medi-Cal. Chúng cũng không sẵn có để sử dụng ở tất cả các khu vực. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện để nhận được Hỗ Trợ Cộng Đồng. Để đủ điều kiện, quý vị phải đáp ứng các tiêu chí cụ thể. Để biết thêm thông tin về Hỗ Trợ Cộng Đồng, hãy trò chuyện với PCP của quý vị hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D. Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Số tiền quý vị phải trả
	<p>Kiểm tra sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng</p> <p>Chúng tôi chi trả cho một lần siêu âm kiểm tra sàng lọc cho những người có nguy cơ. Chương trình chỉ chi trả cho việc kiểm tra sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có được giấy giới thiệu từ bác sĩ, y sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên viên y tá lâm sàng của quý vị.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
	<p>Châm cứu chữa đau thắt lưng mãn tính†</p> <p>Chúng tôi thanh toán cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong bất kỳ tháng theo lịch nào hoặc thường xuyên hơn nếu cần sử dụng những dịch vụ đó để điều trị y tế.</p> <p>Chúng tôi cũng thanh toán cho tối đa 12 lần khám châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mãn tính, được định nghĩa là:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không đặc hiệu (không xác định được nguyên nhân toàn thân, như không liên quan đến bệnh di căn, bệnh viêm hoặc bệnh lây nhiễm); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai kỳ. <p>Ngoài ra, chúng tôi thanh toán thêm tám buổi châm cứu chữa đau thắt lưng mãn tính nếu quý vị thấy cải thiện. Quý vị có thể không nhận được nhiều hơn 20 lần điều trị bằng châm cứu đối với chứng đau thắt lưng mãn tính mỗi năm.</p> <p>Phải dừng điều trị bằng châm cứu nếu quý vị không thuyên giảm hoặc nếu tình trạng trở nên tệ hơn.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
	<p>Châm cứu không được Medicare đài thọ†</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho dịch vụ châm cứu mà theo đó thường chỉ được cung cấp để điều trị chứng buồn nôn hoặc là một phần của chương trình quản lý cơn đau toàn diện để điều trị chứng đau mãn tính.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Quý vị cũng có thể sử dụng dịch vụ chăm cứu trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của mình. Trong phạm vi Medi-Cal, chúng tôi đài thọ các dịch vụ chăm cứu cần thiết về mặt y tế để ngăn ngừa, điều chỉnh hoặc làm giảm bớt cảm nhận về cơn đau mãn tính nặng, dai dẳng do mắc một tình trạng y tế được công nhận chung. Dịch vụ chăm cứu ngoại trú không cần giấy giới thiệu hoặc phê duyệt trước. Các dịch vụ chăm cứu sẽ được đài thọ khi quý vị sử dụng chúng thông qua các Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới của chúng tôi hoặc các nhà cung cấp trong mạng lưới Sức Khỏe Chuyên Khoa Hoa Kỳ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ chăm cứu được Medi-Cal đài thọ, vui lòng gọi cho Sức Khỏe Chuyên Khoa Hoa Kỳ theo số 1-800-678-9133 (TTY 711).</p>	
<p>Dịch vụ Chăm Sóc Nhạy Cảm Cho Người Lớn được Medi-Cal đài thọ</p> <p>Là người lớn (18 tuổi trở lên), quý vị có thể không muốn đến PCP của mình để được chăm sóc riêng hoặc nhạy cảm nhất định. Nếu vậy, quý vị có thể chọn bất kỳ bác sĩ hoặc phòng khám nào đối với các loại chăm sóc sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kế hoạch hóa gia đình/biện pháp ngừa thai (bao gồm dịch vụ triệt sản). ● Xét nghiệm mang thai và tư vấn thai kỳ. ● Phòng ngừa/xét nghiệm/điều trị HIV/AIDS. ● Phòng ngừa/xét nghiệm/điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục. ● Chăm sóc hậu bị tấn công tình dục. ● Dịch vụ phá thai cho bệnh nhân ngoại trú. <p>Đối với các dịch vụ xét nghiệm khi mang thai, kế hoạch hóa gia đình, biện pháp ngừa thai hoặc dịch vụ về các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bác sĩ hoặc phòng khám không nhất thiết phải thuộc mạng lưới Kaiser Permanente. Quý vị có thể chọn bất kỳ nhà cung cấp Medi-Cal nào và đến gặp họ mà không cần giới thiệu hoặc cho phép trước. Để được trợ giúp tìm nhà cung cấp Medi-Cal bên ngoài mạng lưới Kaiser Permanente, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.</p>	\$0



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ không liên quan đến dịch vụ Chăm Sóc Nhạy Cảm từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể không được đài thọ. Để được trợ giúp tìm bác sĩ hoặc phòng khám cung cấp những dịch vụ này hoặc để được trợ giúp về phương tiện chuyên chở đưa đến nơi cung cấp những dịch vụ này, quý vị có thể gọi Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể gọi đến Đường Dây Đặt Hẹn và Tư Vấn để trò chuyện với chuyên gia y tế được cấp phép, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.</p>	
<p>Kiểm tra sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán chi phí một lần kiểm tra sàng lọc lạm dụng rượu (SABIRT) cho người lớn lạm dụng rượu nhưng không phụ thuộc vào rượu. Điều này bao gồm cả phụ nữ mang thai.</p> <p>Nếu kết quả khám sàng lọc của quý vị là dương tính với lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị còn có lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) với nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) đủ điều kiện hoặc bác sĩ trong cơ sở chăm sóc chính.</p> <p>Nếu quý vị cần các dịch vụ tư vấn và điều trị bổ sung ngoài những gì được Medicare đài thọ, quý vị có thể sử dụng chúng thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần trực thuộc quận hạt của quý vị. Quận hạt cung cấp các dịch vụ về rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cho hội viên Medi-Cal đáp ứng những quy tắc cần thiết về y tế. Để xác định trực tuyến số điện thoại của tất cả các quận hạt, hãy truy cập</p> <p>http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContaktList.aspx</p>	<p>\$0</p>




Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ xe cứu thương</p> <p>Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ bao gồm cả trên mặt đất và trên không (máy bay và trực thăng). Xe cứu thương sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị.</p> <p>Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà nếu để quý vị đến nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc bằng những cách thức khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị.</p> <p>Dịch vụ xe cứu thương cho các trường hợp khác (không khẩn cấp) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong những trường hợp không phải trường hợp cấp cứu, chúng tôi có thể trả tiền cho xe cấp cứu. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà nếu để quý vị đến nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc bằng những cách thức khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về việc chuyên chở không trong tình trạng cấp cứu.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ xe cứu thương được cấp phép ở bất kỳ nơi nào trên thế giới mà không cần có sự cho phép trước (bao gồm cả dịch vụ chuyên chở qua hệ thống phản ứng khẩn cấp 911 nếu có) nếu quý vị tin tưởng một cách hợp lý rằng quý vị gặp tình trạng cấp cứu y tế và quý vị tin tưởng một cách hợp lý rằng tình trạng của quý vị cần được hỗ trợ lâm sàng của dịch vụ chuyên chở bằng xe cứu thương.</p>	<p>Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí của Medicare theo Medi-Cal, quý vị sẽ trả \$0. Nếu không thì quý vị phải trả \$150 cho mỗi chuyến đi một chiều.</p>
<p> Khám sức khỏe định kỳ hàng năm</p> <p>Khám sức khỏe định kỳ được đài thọ nếu việc khám bệnh là chăm sóc phòng bệnh phù hợp về mặt y tế theo các tiêu chuẩn thực hành chuyên môn được chấp nhận chung.</p>	<p>\$0</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Số tiền quý vị phải trả
	<p>Thăm khám sức khỏe hàng năm</p> <p>Quý vị có thể được kiểm tra sức khỏe hàng năm. Điều này là để lập hoặc cập nhật một kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi chi trả cho việc này 12 tháng một lần.</p> <p>Lưu ý: Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám “Chào mừng quý vị đến với Medicare”. Tuy nhiên, quý vị không cần phải trải qua thăm khám “Chào mừng quý vị đến với Medicare” để được thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng.</p>	\$0
	<p>Các Dịch Vụ Phòng Ngừa Bệnh Suyễn</p> <p>Quý vị có thể được giáo dục về bệnh suyễn và đánh giá môi trường gia đình để tìm các tác nhân gây bệnh thường thấy trong nhà đối với những người bị bệnh suyễn khó kiểm soát.</p>	\$0
	<p>Đo khối lượng xương</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các quy trình nhất định đối với các hội viên đủ tiêu chuẩn (thường là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương). Những quy trình này xác định khối lượng xương, tìm tình trạng mất xương hoặc tìm hiểu chất lượng xương.</p> <p>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu đó là những dịch vụ cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho một bác sĩ để xem xét và nhận xét về kết quả.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Số tiền quý vị phải trả
	<p>Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư vú (phim chụp quang tuyến vú)</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một lần chụp quang tuyến vú căn bản trong độ tuổi từ 35 đến 39. • Một lần chụp quang tuyến vú kiểm tra sàng lọc mỗi 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. • Các lần khám vú lâm sàng 24 tháng một lần. 	\$0
	<p>Dịch vụ phục hồi chức năng tim (tim)</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Các hội viên phải đáp ứng các điều kiện nhất định và có yêu cầu của bác sĩ.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
	<p>Thăm khám làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch (tim) (trị liệu cho bệnh tim)</p> <p>Chúng tôi chi trả cho một lần khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu là cần thiết về mặt y tế, với nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim của quý vị. Trong thời gian thăm khám, bác sĩ của quý vị có thể:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thảo luận về việc sử dụng aspirin, • Kiểm tra huyết áp của quý vị, và/hoặc • Cho quý vị các mẹo để đảm bảo quý vị đang ăn uống tốt. 	\$0
	<p>Kiểm tra bệnh tim mạch (tim)</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch 5 năm (60 tháng) một lần. Những xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các khiếm khuyết do nguy cơ mắc bệnh tim cao.</p>	\$0


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Số tiền quý vị phải trả
	<p>Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư cổ tử cung và âm đạo</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dành cho tất cả phụ nữ: Xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung và khám vùng xương chậu 24 tháng một lần. • Đối với những phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo: xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung 12 tháng một lần. • Đối với những phụ nữ đã có kết quả kiểm tra ung thư cổ tử cung bất thường trong vòng ba năm qua và đang trong độ tuổi sinh đẻ: xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung 12 tháng một lần. • Đối với phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung cộng với HPV 5 năm một lần. 	\$0
	<p>Dịch vụ chỉnh nắn khớp xương†</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Điều chỉnh cột sống để nắn chỉnh thẳng. Những dịch vụ được Medicare đài thọ này được cung cấp bởi một chuyên viên nắn khớp xương trong mạng lưới. Để biết danh sách các chuyên viên nắn khớp xương trong mạng lưới, vui lòng tham khảo Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc. • Medi-Cal có thể đài thọ các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống khi quý vị sử dụng tại Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang (FQHC) hoặc Phòng khám Sức khỏe Nông thôn (Rural Health Clinics, RHC) trong mạng lưới của Kaiser Permanente. FQHC và RHC có thể yêu cầu giấy giới thiệu để sử dụng dịch vụ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ sẵn có tại FQHC hoặc RHC, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. 	\$0


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nội soi đại tràng không giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được đài thọ 120 tháng (10 năm) một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm trước đó đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc hoặc chụp X-quang đại tràng cản quang trước đó. • Nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng 1 lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm hoặc chụp X-quang đại tràng cản quang lần cuối. • Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân kiểm tra sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. • DNA trong phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Ba năm một lần. • Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu đối với bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Ba năm một lần. • Chụp X-quang đại tràng cản quang có vai trò là một phương pháp thay thế cho thủ thuật nội soi kết tràng cho bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần chụp X-quang đại tràng cản quang sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc cuối cùng. 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<ul style="list-style-type: none"> • Chụp X-quang đại tràng cản quang có vai trò là một phương pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Một lần trong ít nhất 48 tháng sau lần chụp X-quang đại tràng cản quang kiểm tra sàng lọc cuối cùng hoặc nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm kiểm tra sàng lọc. • Các kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng bao gồm thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc tiếp theo sau khi kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare đài thọ cho kết quả dương tính. 	
<p>Dịch vụ nha khoa</p> <p>Chương trình bảo hiểm sức khỏe có thỏa thuận với Delta Dental of California (“Delta Dental”) để cung cấp cho quý vị Chương trình HMO Nha khoa DeltaCare® USA. DeltaCare USA cung cấp dịch vụ chăm sóc nha khoa toàn diện thông qua mạng lưới gồm các nha sĩ ký kết hợp đồng với Delta Dental để cung cấp các dịch vụ nha khoa. Để biết thông tin về các nhà cung cấp nha khoa, vui lòng tham khảo Danh Mục Nhà Cung Cấp nha khoa.</p>	<p>0\$ cho các dịch vụ được đài thọ được mô tả trong phần “Chăm sóc nha khoa (Chương Trình DeltaCare USA Dental HMO)” ở cuối bảng này.</p>
<p>Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa, bao gồm nhưng không giới hạn ở làm sạch, trám răng và làm răng giả. Những gì chúng tôi không đài thọ có sẵn thông qua Chương Trình Medi-Cal Dental được mô tả trong Mục E.</p>	<p>\$0</p>
<p> Kiểm tra sàng lọc trầm cảm</p> <p>Chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Việc kiểm tra sàng lọc phải được thực hiện trong cơ sở chăm sóc chính có thể điều trị theo dõi và/hoặc giới thiệu.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
 <p>Kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường</p> <p>Chúng tôi chi trả cho lần kiểm tra sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cao huyết áp (huyết áp cao) • Tiền sử có nồng độ cholesterol và triglycerid bất thường (rối loạn lipid máu) • Béo phì • Tiền sử có đường huyết cao (glucose) <p>Các xét nghiệm có thể được chi trả trong một số trường hợp khác, như nếu quý vị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.</p> <p>Tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm, quý vị có thể đủ điều kiện để được kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa 12 tháng một lần.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
 <p>Đào tạo, dịch vụ và vật tư tự quản lý bệnh tiểu đường</p> <p>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (cho dù họ có sử dụng insulin hay không):</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Vật tư để theo dõi lượng glucoza trong máu quý vị, bao gồm những thứ sau: <ul style="list-style-type: none"> • Máy đo đường huyết. • Que thử đường huyết. • Bút thử máu. • Các giải pháp kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi. • †Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh bàn chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ chi trả các mục sau: <ul style="list-style-type: none"> • Một đôi giày đúc tùy chỉnh trị liệu (bao gồm cả miếng lót), bao gồm khung và thêm hai đôi miếng lót vào mỗi năm lịch hoặc • Một đôi giày sâu, bao gồm khung và ba đôi miếng lót mỗi năm (không bao gồm miếng lót có thể tháo rời không tùy chỉnh đi kèm cùng với những đôi giày đó) • †Trong một số trường hợp, chúng tôi chi trả cho việc đào tạo để giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. <p>Lưu ý: Quý vị có thể chọn nhận chương trình đào tạo về tự quản lý bệnh tiểu đường từ một chương trình nằm ngoài chương trình của chúng tôi, được Hiệp Hội Tiểu Đường Hoa Kỳ công nhận và được Medicare chấp thuận.</p>	\$0
<p>Dịch vụ Trợ Lý Hộ Sinh</p> <p>Đối với những cá nhân đang mang thai, chúng tôi sẽ thanh toán cho chín lần khám với trợ lý hộ sinh trong thời kỳ tiền sản và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.</p>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Thiết bị y khoa lâu bền (DME) và các vật tư liên quan †</p> <p>Tham khảo Chương 12 của Cẩm Nang Hội Viên này để biết định nghĩa về “Thiết bị y khoa lâu bền (DME)”.</p> <p>Chúng tôi đài thọ các mục sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xe lăn, bao gồm cả xe lăn điện. • Nạng chống. • Hệ thống nệm điện. • Đệm áp lực cho nệm. • Vật liệu dành cho bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường. • Giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong gia đình. • Bơm truyền tĩnh mạch (IV) và cây truyền. • Thiết bị phát tiếng nói. • Thiết bị ô-xy và vật tư. • Máy khí dung. • Khung tập đi. • Gậy có tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế. • Trị liệu kéo giãn cột sống cổ (có hệ thống nâng). • Máy kích thích xương. • Thiết bị chăm sóc lọc máu. <p>Các mục khác có thể được đài thọ.</p> <p>Chúng tôi chi trả cho tất cả các DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường chi trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không cung cấp một nhãn hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ xem họ có thể đặt hàng riêng cho quý vị không. Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ kp.org/directory.</p> <p style="text-align: center;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	<p>Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí của Medicare theo Medi-Cal, quý vị sẽ trả \$0. Nếu không thì quý vị phải thanh toán 20% tiền đồng bảo hiểm, ngoại trừ máy đo lưu lượng đỉnh và thiết bị trị liệu bằng tia cực tím, quý vị sẽ phải thanh toán \$0.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (tiếp theo)</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ DME sau đây không được Medicare đài thọ khi cần thiết về mặt y tế:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phụ kiện giường cho giường bệnh khi cần mở rộng giường. • Bộ bảo vệ gót chân hoặc khuỷu tay để ngăn chặn hoặc giảm thiểu việc sử dụng thiết bị giảm áp tiên tiến. • Thiết bị iontophoresis để điều trị chứng tăng tiết mồ hôi khi chất chống mồ hôi được chống chỉ định và chứng tăng tiết mồ hôi đã tạo ra các biến chứng y tế (ví dụ như nhiễm trùng da) hoặc đang cản trở các hoạt động hàng ngày trong cuộc sống. • Túi hồi sức nếu bệnh nhân mở khí quản có vấn đề về kiểm soát dịch tiết đáng kể, cần kỹ thuật rửa và hút hỗ trợ bằng cách thở sâu qua túi hồi sức. • Thiết bị trị liệu bằng tia cực tím cho các tình trạng không phải bệnh vẩy nến cần thiết về mặt y tế, bao gồm thiết bị trị liệu bằng tia cực tím để sử dụng tại nhà, nếu (1) thiết bị đã được phê duyệt cho quý vị thông qua quy trình cho phép trước của chương trình chúng tôi, như được mô tả trong Chương 3 và (2) thiết bị được cung cấp trong khu vực phục vụ của chúng tôi. (Phạm vi bảo hiểm cho thiết bị trị liệu bằng tia cực tím sẽ được giới hạn ở hạng mục tiêu chuẩn đáp ứng đầy đủ nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi quyết định thuê hoặc mua thiết bị và chúng tôi chọn nhà cung cấp. Quý vị phải trả lại thiết bị cho chúng tôi hoặc trả cho chúng tôi theo giá thị trường hợp lý của thiết bị khi chúng tôi không còn đài thọ thiết bị đó nữa.) 	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chăm sóc cấp cứu</p> <p>Chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và • Cần thiết để điều trị cấp cứu y tế. <p>Một trường hợp cấp cứu y tế là một bệnh trạng có cơn đau dữ dội hoặc chấn thương nghiêm trọng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi; hoặc • Nguy hại nghiêm trọng cho các chức năng của cơ thể; hoặc • Sự hoạt động khác thường của bất kỳ bộ phận hoặc phần nào của cơ thể; hoặc • Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi: <ul style="list-style-type: none"> • Không đủ thời gian để di chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh. • Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi. <p>Phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới cũng giống như phần chia sẻ chi phí của các dịch vụ như vậy được cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Quý vị có khoản đài thọ chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới.</p>	<p>\$0</p> <p>†Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại bệnh viện ngoài hệ thống và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải trở lại bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được đài thọ hoặc quý vị phải được chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình của chúng tôi cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình</p> <p>Luật pháp cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp nào – dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới – đối với một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng làm về kế hoạch hóa gia đình nào.</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế. • Phòng thí nghiệm kế hoạch hóa gia đình và xét nghiệm chẩn đoán. • Các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, que cấy, thuốc tiêm, thuốc tránh thai, miếng dán hoặc vòng). • Vật tư kế hoạch hóa gia đình có kê toa thuốc (bao cao su, bọ tránh thai, xốp tránh thai, phim, màng ngăn, nắp tránh thai). • Tư vấn và chẩn đoán vô sinh và các dịch vụ liên quan. • Tư vấn, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infections, STIs). • Tư vấn và xét nghiệm HIV và Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS) và các tình trạng khác liên quan đến HIV. • Ngừa thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký đơn đồng ý triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật.). • Tư vấn di truyền. 	<p>\$0</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chúng tôi cũng chi trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Điều trị bệnh trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm phương pháp mang thai nhân tạo.). • Điều trị AIDS và các tình trạng khác liên quan đến HIV. • Xét nghiệm di truyền. 	
<p>Quyền lợi tập thể dục (Chương Trình Thẻ Dục và Sức Khỏe cho Người Cao Niên Silver&Fit®)</p> <p>Chương trình Silver&Fit bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị có thể tham gia trung tâm thể hình Silver&Fit tham gia mạng lưới và tận dụng các dịch vụ được bao gồm trong tư cách hội viên tiêu chuẩn của trung tâm thể hình (ví dụ: sử dụng thiết bị của trung tâm thể hình hoặc các lớp học có người hướng dẫn mà không yêu cầu thêm phí). Nếu quý vị đăng ký tư cách hội viên trung tâm thể hình Silver&Fit, những điều sau sẽ áp dụng: • Trung tâm thể hình cung cấp cơ sở vật chất và định hướng thiết bị. • Các dịch vụ được cung cấp bởi các trung tâm thể hình khác nhau tùy theo địa điểm. Bất kỳ dịch vụ trung tâm thể hình không tiêu chuẩn nào thường yêu cầu thêm phí đều không được bao gồm trong tư cách hội viên trung tâm thể hình tiêu chuẩn của quý vị thông qua chương trình Silver&Fit (ví dụ: phí tòa án hoặc dịch vụ huấn luyện viên cá nhân). • Để tham gia trung tâm thể hình Silver&Fit trong mạng lưới, hãy đăng ký qua kp.org/SilverandFit và chọn (các) địa điểm của quý vị. Sau đó, quý vị có thể in hoặc tải xuống “Thư chào mừng”, bao gồm thẻ Silver&Fit với số ID tập thể hình của quý vị để cung cấp cho trung tâm thể hình đã chọn. • 	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Quyền lợi tập thể dục (Chương Trình Thẻ Dục và Sức Khỏe cho Người Cao Niên Silver&Fit®) (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sau khi tham gia, quý vị có thể chuyển sang trung tâm thể hình Silver&Fit khác tham gia mạng lưới mỗi tháng một lần và thay đổi của quý vị sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (quý vị có thể phải hoàn thành thỏa thuận hội viên mới tại trung tâm thể hình). • Nếu quý vị muốn tập luyện tại nhà, quý vị có thể chọn một Bộ dụng cụ thể hình tại nhà mỗi năm lịch. Có nhiều Bộ dụng cụ thể hình tại nhà để quý vị lựa chọn, bao gồm các tùy chọn Máy theo dõi đeo khi tập, tập Pilates, tập Sức bền, Bơi và Yoga. Bộ dụng cụ có thể thay đổi và khi đã chọn sẽ không thể đổi được. Để chọn bộ dụng cụ, vui lòng truy cập kp.org/SilverandFit hoặc gọi (ban) dịch vụ khách hàng Silver&Fit. • Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau • Hãy truy cập vào các dịch vụ trực tuyến Silver&Fit tại kp.org/SilverandFit để xem video tập thể dục theo yêu cầu, Kế Hoạch Tập Luyện, Câu Lạc Bộ Vui Khỏe, bản tin cùng nhiều tính năng hữu ích khác. Tính năng nâng cao của Câu Lạc Bộ Vui Khỏe trên trang mạng Silver&Fit cho phép hội viên có cơ hội xem nhiều tài nguyên tùy chỉnh cũng như tham dự các lớp học và sự kiện phát trực tiếp. <p>Để biết thêm thông tin về chương trình Silver&Fit và danh sách các trung tâm thể hình cũng như bộ dụng cụ tại nhà trong mạng lưới, hãy truy cập kp.org/SilverandFit hoặc gọi cho (ban) dịch vụ khách hàng Silver&Fit theo số 1-877-750-2746 (TTY 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 6 giờ chiều. (PST).</p> <p>Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc., một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit là nhãn hiệu đã đăng ký liên bang của ASH và được sử dụng với sự cho phép ở đây. Các trung tâm thể hình và chuỗi trung tâm thể hình tham gia hệ thống có thể khác nhau tùy theo địa điểm và có thể thay đổi.</p>	


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
 <p>Chương trình giáo dục về y tế và sức khỏe và hạnh phúc</p> <p>Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào các tình trạng sức khỏe nhất định. Bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các lớp Giáo dục sức khỏe; • Các lớp Giáo dục dinh dưỡng; • Ngừng Hút Thuốc Lá và Sử Dụng Thuốc Lá; và • Đường dây nóng về điều dưỡng <p>Là một phần của Chương Trình Lối Sống Lành Mạnh, chương trình của chúng tôi bao gồm một số lớp học giáo dục về sức khỏe nhóm bao gồm: trái tim khỏe mạnh, sống chung với các tình trạng mãn tính và trầm cảm (healthy heart, living with chronic conditions and depression). Chương trình Lối Sống Lành Mạnh được cung cấp bởi một nhà giáo dục về sức khỏe được chứng nhận hoặc chuyên gia y tế có trình độ khác.</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho nhiều loại tư vấn, chương trình và tài liệu giáo dục về sức khỏe để giúp quý vị đóng vai trò tích cực trong việc bảo vệ và cải thiện sức khỏe của mình, bao gồm các chương trình dành cho các bệnh mãn tính (như bệnh tiểu đường và hen suyễn). Quý vị cũng có thể tham gia trong các chương trình mà chúng tôi không đài thọ, yêu cầu quý vị nộp phí.</p> <p>Để biết thêm thông tin về tư vấn, chương trình và tài liệu giáo dục về sức khỏe của chúng tôi, vui lòng liên hệ với Phòng Giáo dục Y tế địa phương của quý vị, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi tại kp.org.</p>	<p>\$0</p>
<p>Dịch vụ thính lực</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các bài kiểm tra thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Những xét nghiệm này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không. Chúng được đài thọ như là dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận từ bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dụng cụ trợ thính</p> <p>Chúng tôi sẽ đài thọ dụng cụ trợ thính nếu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị đã xét nghiệm về tình trạng mất thính giác. • Dụng cụ trợ thính là cần thiết về mặt y tế. • Quý vị nhận được một toa thuốc từ bác sĩ của mình. <p>Phạm vi bảo hiểm được giới hạn đối với những dụng cụ trợ thính có chi phí thấp nhất nhưng vẫn đáp ứng được nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ chọn nhà cung cấp dụng cụ trợ thính. Chúng tôi đài thọ cho một dụng cụ trợ thính trừ khi mỗi bên tai đều cần một dụng cụ để nghe rõ hơn so với việc quý vị chỉ được cấp có một dụng cụ.</p> <p>Chúng tôi đài thọ những mục sau đây cho mỗi dụng cụ trợ thính được đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khuôn tai cần thiết để lắp dụng cụ. • Một gói pin tiêu chuẩn. • Các buổi thăm khám để đảm bảo dụng cụ trợ thính đang hoạt động tốt. • Các buổi thăm khám để vệ sinh và lắp dụng cụ trợ thính cho quý vị. • Sửa chữa dụng cụ trợ thính cho quý vị. <p>Chúng tôi sẽ đài thọ dụng cụ trợ thính thay thế nếu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tình trạng mất thính lực của quý vị nghiêm trọng hơn mức mà dụng cụ trợ thính hiện tại của quý vị có thể điều chỉnh. • Dụng cụ trợ thính của quý vị bị mất, bị đánh cắp hoặc bị hỏng (và không thể sửa được), nhưng đó không phải là lỗi của quý vị. Quý vị phải gửi cho chúng tôi một ghi chú mô tả tình hình. <p>Phạm vi bảo hiểm không bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pin cho dụng cụ trợ thính thay thế 	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
 <p>Kiểm tra sàng lọc HIV</p> <p>Chúng tôi chi trả cho một buổi khám kiểm tra sàng lọc HIV 12 tháng một lần cho những người:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yêu cầu kiểm tra sàng lọc HIV hoặc • Có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. <p>Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi chi trả cho tối đa ba lần kiểm tra sàng lọc HIV trong một lần mang thai.</p> <p>Chúng tôi cũng chi trả cho (các) kiểm tra sàng lọc HIV bổ sung khi nhà cung cấp của quý vị đề nghị.</p>	\$0
<p>Bữa ăn được giao tận nhà</p> <p>Trong phạm vi Medi-Cal, quý vị có thể đủ điều kiện nhận được bảo hiểm cho các bữa ăn được giao tận nhà theo mục Hỗ Trợ Cộng Đồng. Hỗ Trợ Cộng Đồng không sẵn có ở tất cả mọi khu vực và quý vị phải đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện cụ thể. Hãy hỏi bác sĩ của quý vị để biết thêm thông tin về Hỗ Trợ Cộng Đồng Medi-Cal.</p>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà</p> <p>Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ y tế tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần những dịch vụ đó và chúng phải được cung cấp bởi một cơ quan cung cấp dịch vụ y tế tại nhà. Quý vị phải bị liệt giường liệt chiếu ở luôn trong nhà, nghĩa là muốn ra khỏi nhà là một nỗ lực lớn.</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ nhân viên chăm sóc sức khỏe tại nhà và điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc theo đợt (Để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, kết hợp dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và nhân viên chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải có tổng số giờ ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ. • Dịch vụ y tế xã hội. • Thiết bị và vật liệu y khoa. 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p> <p>Lưu ý: Phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia và các mặt hàng được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare không được tính. Tuy nhiên, phần chia sẻ chi phí hiện hành được liệt kê ở những nơi khác trong Bảng Quyền Lợi này sẽ được áp dụng nếu hạng mục được bảo hiểm theo một quyền lợi khác; ví dụ, thiết bị y khoa lâu bền không được cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Liệu pháp truyền dịch tại nhà</p> <p>Chương trình của chúng tôi thanh toán cho liệu pháp truyền dịch tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc chất sinh học được tiêm vào tĩnh mạch hoặc bôi dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Cần có những mục sau đây để thực hiện truyền dịch tại nhà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc hoặc chất sinh học, như thuốc kháng vi rút hoặc globulin miễn dịch; • Thiết bị, như bơm; và • Các vật dụng, chẳng hạn như ống hoặc ống thông. <p>Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ truyền dịch tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với chương trình chăm sóc của quý vị; • Đào tạo và giáo dục hội viên chưa được bao gồm trong quyền lợi DME; • Giám sát từ xa; và • Các dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp. 	<p>0\$ cho các dịch vụ chuyên môn, đào tạo và giám sát. Các nhân tố (như thuốc Medicare Phần B, DME, và tiếp liệu y tế) cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà có thể phải áp dụng phần chia sẻ chi phí được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi này tùy thuộc vào hạng mục.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chúng tôi đài thọ cho các vật liệu truyền thuốc và các loại thuốc tại nhà nếu tất cả các điều sau đây đều đúng:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc theo toa của quý vị có trong danh mục thuốc Medicare Phần D của chúng tôi. • Chúng tôi đã chấp thuận loại thuốc theo toa của quý vị cho liệu pháp truyền dịch tại nhà. • Đơn thuốc của quý vị được viết bởi một nhà cung cấp trong mạng lưới và được mua tại một nhà thuốc truyền dịch tại nhà trong mạng lưới. 	<p>\$0</p> <p>Lưu ý: Nếu nguồn cung hoặc thuốc truyền tại nhà được đài thọ không được mua từ nhà thuốc truyền tại nhà trong mạng lưới, nguồn cung hoặc loại thuốc đó có thể phải được áp dụng chia sẻ chi phí được liệt kê ở nơi nào đó trong tập sách này tùy thuộc vào dịch vụ.</p>
<p>Chăm sóc cuối đời</p> <p>Quý vị có quyền chọn cơ sở chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của cơ sở chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có tiên lượng giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị bị bệnh ở giai đoạn cuối và dự kiến chỉ còn sống được sáu tháng hoặc ít hơn. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực phục vụ của chương trình. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau. • Dịch vụ chăm sóc thay thế để nghỉ ngơi ngắn hạn. • Chăm sóc tại nhà. 	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được tính cho Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hãy tham khảo Mục E trong chương này để biết thêm thông tin. <p>Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B. Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ đó cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị chi trả số tiền chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho những dịch vụ này. <p>Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ bởi quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Thuốc không bao giờ được đài thọ bởi dịch vụ chăm sóc cuối đời cũng như chương trình chúng tôi cùng một thời điểm. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo Chương 5 của Cẩm Nang Hội Viên này. <p>Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải cuối đời, gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị và/hoặc Dịch Vụ Hội Viên để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải cuối đời là dịch vụ chăm sóc không phải liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị.</p>	
<p>Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một hội viên bị bệnh nan y không chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.</p>	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
 <p>Chủng ngừa</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chủng ngừa bệnh viêm phổi. • Tiêm phòng cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh viêm gan B ở mức cao hoặc trung bình. • Vắc-xin COVID-19. • Các thuốc chủng ngừa khác nếu quý vị có nguy cơ và các thuốc chủng ngừa này đáp ứng được các quy tắc đài thọ của Medicare Phần B. <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các loại vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần D. Hãy tham khảo Chương 6 trong Cẩm Nang Hội Viên để tìm hiểu thêm.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau và những dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê tại đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng tư nếu cần thiết về mặt y tế). ● Các bữa ăn, bao gồm những chế độ ăn uống đặc biệt. ● Các dịch vụ điều dưỡng thông thường. ● Chi phí cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như đơn vị chăm sóc đặc biệt cho bệnh nhân tim hoặc đơn vị chăm sóc mạch vành. ● Các loại thuốc và phép trị liệu. ● Xét nghiệm tại phòng thí nghiệm. ● Các dịch vụ chụp X quang và chụp hình quang tuyến khác. ● Các tiếp liệu y tế và phẫu thuật cần thiết. ● Trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn. ● Các dịch vụ phòng phẫu thuật và phục hồi. ● Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ. ● Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân nội trú. ● Trong một số trường hợp, các kiểu cấy/ghép sau: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa màng phổi. <p style="text-align: center;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p> <p>Quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận thì mới được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi trường hợp cấp cứu của quý vị đã ổn định.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị cần cấy/ghép, trường hợp của quý vị sẽ được một trung tâm cấy/ghép được Medicare chấp thuận xem xét và quyết định xem quý vị có thực hiện cấy/ghép được hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy/ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực phục vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy/ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Medicare thì quý vị có thể nhận được các dịch vụ cấy/ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy/ghép ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và quý vị thực hiện cấy/ghép ở đó, chúng tôi sẽ thu xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người khác theo hướng dẫn đi lại và chỗ ở của chúng tôi có sẵn trong Dịch Vụ Hội Viên. Máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý. Các dịch vụ của bác sĩ. Lưu ý: Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải viết yêu cầu nhận quý vị chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là “bệnh nhân ngoại trú”. Nếu không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là “Quý vị là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú của Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Cứ Hỏi!”. Tờ thông tin này có sẵn trên trang Mạng tại địa chỉ www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại miễn cước này 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. 	


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần</p> <p>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần có yêu cầu thời gian nằm viện.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Viện Bệnh Tâm thần (Institute for Mental Diseases, IMD). 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
<p>Thời gian lưu trú nội trú: Các dịch vụ được đài thọ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian lưu trú nội trú không được đài thọ</p> <p>Chúng tôi sẽ không thanh toán cho thời gian lưu trú nội trú hoặc nếu việc lưu trú không hợp lý và cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định mà dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú không được đài thọ, chúng tôi có thể sẽ thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị sử dụng khi đang ở cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> Các dịch vụ bác sĩ. Kiểm tra chẩn đoán, như xét nghiệm. Chụp X-quang, radium và trị liệu chất đồng vị, bao gồm các vật liệu và dịch vụ kỹ thuật viên. Băng phẫu thuật. Thanh nẹp, băng bột và các thiết bị khác dùng cho chỗ gãy và trật khớp. Bộ phận giả và các thiết bị chỉnh hình không phải là dụng cụ nha khoa, bao gồm cả thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó. Đây là những thiết bị thay thế toàn bộ hoặc một phần của: <ul style="list-style-type: none"> Một cơ quan nội tạng (bao gồm cả mô tiếp giáp), hoặc Chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc gặp trục trặc. Chân, tay, lưng và vòng nẹp cổ, băng giữ và chân, tay và mắt giả. Bao gồm cả các điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do bị vỡ, mòn, mất mát hoặc khi bệnh trạng của quý vị có thay đổi. Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu vận động. 	<p>\$0</p>



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ và tiếp liệu dành cho bệnh thận</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra những quyết định đúng đắn về việc chăm sóc của mình. Quý vị phải bị bệnh thận mãn tính giai đoạn IV và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi đòi hỏi tới sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị thẩm tách nội trú nếu quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt. • Đào tạo tự thẩm tách, bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị thẩm tách tại nhà. • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như các lần thăm khám cần thiết của nhân viên thẩm tách được đào tạo để kiểm tra quá trình thẩm tách tại nhà của quý vị, để giúp đỡ quý vị trong trường hợp cấp cứu, và để kiểm tra thiết bị thẩm tách và nguồn nước của quý vị. • Các xét nghiệm định kỳ để theo dõi hiệu quả thẩm tách. • Một lần đến văn phòng thăm khám định kỳ mỗi tháng với đội ngũ chuyên khoa thận. • Các thủ thuật tiếp cận mạch máu và phúc mạc được thực hiện ở môi trường bệnh viện ngoại trú nếu đáp ứng một số tiêu chí nhất định. • Các lần đến văn phòng thăm khám không định kỳ với đội ngũ chuyên khoa thận. • Các thủ thuật thẩm định tim mạch và màng bụng khi được thực hiện tại phòng mạch. <p>Quyền lợi về thuốc trong Medicare Phần B của quý vị sẽ thanh toán cho một số loại thuốc dùng cho việc thẩm tách. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo “Thuốc theo toa của Medicare Phần B” trong Bảng Quyền Lợi này.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
	<ul style="list-style-type: none"> • Dụng cụ và vật liệu thẩm tách tại nhà. • Điều trị thẩm tách ngoại trú, bao gồm cả điều trị thẩm tách khi tạm thời rời khỏi khu vực phục vụ, như được giải thích trong Chương 3 của Cẩm Nang Hội Viên này hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ nói trên cho quý vị tạm thời không sẵn có hoặc không thể tiếp cận được. 	<p>Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí của Medicare theo Medi-Cal, quý vị sẽ trả \$0. Nếu không, quý vị phải trả 20% tiền đồng bảo hiểm.</p>
	<p>Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi</p> <p>Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi mỗi 12 tháng một lần nếu quý vị:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuổi từ 50 đến 77, và • Có thăm khám để được tư vấn và đưa ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đạt chuẩn khác, và • Hút thuốc ít nhất 1 gói mỗi ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hay triệu chứng nào của bệnh ung thư phổi hoặc hiện tại đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm qua. <p>Sau lần kiểm tra sàng lọc đầu tiên, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần kiểm tra sàng lọc khác mỗi năm khi có đơn chỉ định từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đạt chuẩn khác.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Số tiền quý vị phải trả
	<p>Trị liệu dinh dưỡng y tế</p> <p>Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không thực hiện thẩm tách. Quyền lợi này cũng dành cho quý vị sau khi ghép thận khi có y lệnh từ bác sĩ của quý vị.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho ba giờ dịch vụ tư vấn riêng tư một đối một trong năm đầu tiên quý vị nhận được các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế theo Medicare. Chúng tôi có thể sẽ phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai giờ dịch vụ tư vấn riêng tư một đối một trong mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, việc điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị có thay đổi, quý vị có thể có thêm giờ điều trị nếu có y lệnh của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn y lệnh này mỗi năm nếu quý vị cần điều trị trong năm dương lịch tiếp theo. Chúng tôi có thể sẽ phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Chúng tôi cũng đòi hỏi cho việc tư vấn dinh dưỡng/chế độ ăn uống với một nhà cung cấp trong mạng lưới không liên quan đến bệnh tiểu đường hoặc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD).</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
	<p>Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. Chương trình này cung cấp đào tạo thực tế về:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, và • Tăng cường hoạt động thể chất, và • Cách để duy trì sự giảm cân và lối sống lành mạnh. 	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Thuốc theo toa của Medicare Phần B†</p> <p>Những loại thuốc này được đài thọ theo Phần B của Medicare. Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho các loại thuốc sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc quý vị thường không tự sử dụng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị nhận được các dịch vụ bác sĩ, các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú. • Insulin được cung cấp thông qua một vật dụng thiết bị y khoa lâu bền (như bơm insulin cần thiết về mặt y tế). • Các loại thuốc quý vị sử dụng bằng thiết bị y khoa lâu bền (như máy xông khí dung) mà chương trình của chúng tôi cho phép. • Các chất có yếu tố làm đông máu mà quý vị tự chích cho mình nếu quý vị bị chứng dễ xuất huyết. • Các loại thuốc ức chế hệ miễn dịch, nếu quý vị được ghi danh trong Medicare Phần A vào lúc cấy ghép nội tạng. • Thuốc điều trị loãng xương dạng tiêm. Chúng tôi thanh toán cho những loại thuốc này nếu quý vị phải ở trong nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến bệnh loãng xương hậu mãn kinh và không thể tự tiêm thuốc. • Kháng nguyên. • Một số loại thuốc uống chống ung thư và chống buồn nôn. <p style="text-align: right;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	<p>\$0</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Thuốc theo toa của Medicare Phần B (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Một số loại thuốc dùng cho việc thẩm tách tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về mặt y tế), thuốc gây tê tại chỗ và chất kích thích sản sinh hồng cầu (chẳng hạn như Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp hoặc Darbepoetin Alfa) Globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch để điều trị tại gia các bệnh suy giảm miễn dịch tiên phát <p>Chúng tôi cũng đài thọ một số vắc-xin theo quyền lợi về thuốc theo toa tại Medicare Phần D của chúng tôi.</p> <p>Chương 5 trong Cẩm Nang Hội Viên này giải thích quyền lợi về thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc mà quý vị phải tuân theo để toa thuốc của mình được đài thọ.</p> <p>Chương 6 trong Cẩm Nang Hội Viên này giải thích về những khoản thanh toán mà quý vị phải trả cho các loại thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú tuân theo chương trình của chúng tôi.</p>	
<p>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng được đài thọ theo phạm vi bảo hiểm Medicare của quý vị</p> <p>Cơ sở điều dưỡng (nursing facility, NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận được dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng lại không cần nhập viện.</p> <p>Các dịch vụ mà chúng tôi thanh toán bao gồm nhưng không giới hạn những dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Phòng nửa chung nửa riêng (hay phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế). Các bữa ăn, bao gồm những chế độ ăn uống đặc biệt. Các dịch vụ điều dưỡng. Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ. Trị liệu hô hấp. <p style="text-align: center;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<ul style="list-style-type: none"> • Các thuốc được cung cấp cho quý vị bao gồm trong chương trình chăm sóc của quý vị. (Bao gồm các chất có mặt tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu). • Máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý. • Các tiếp liệu y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Các xét nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Sử dụng các trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế. • Dụng cụ y tế lâu bền. • Các dịch vụ nha khoa, bao gồm cả hàm răng giả. • Quyền lợi về thị giác. • Khám thính giác. • Chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương. • Các dịch vụ điều trị bệnh chân. <p>Quý vị thường được chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể được chăm sóc tại một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể được chăm sóc tại những nơi sau nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đang sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là có cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). • Cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện. 	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Số tiền quý vị phải trả
	<p>Kiểm tra sàng lọc và điều trị béo phì để giảm cân</p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ tư vấn giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải được tư vấn trong môi trường chăm sóc chính. Có như vậy thì chương trình phòng ngừa đầy đủ của quý vị mới kiểm soát được việc đó. Hãy trao đổi với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.</p>	\$0
	<p>Các dịch vụ của chương trình điều trị opioid (OTP)</p> <p>Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ điều trị chứng rối loạn sử dụng opioid (OUD) sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các hoạt động bơm truyền. • Các buổi đánh giá định kỳ. • Các loại thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt cũng như quản lý và cung cấp cho quý vị (nếu có). • Tư vấn sử dụng dược chất. • Liệu pháp theo cá nhân và nhóm. • Kiểm tra thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (kiểm tra chất độc). 	\$0 Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.
	<p>Các xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ và vật liệu cho việc điều trị ngoại trú</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau và những dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê tại đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chụp X- quang. • Trị liệu phóng xạ (phóng xạ và đồng vị), bao gồm các tài liệu và vật liệu của kỹ thuật viên. • Vật liệu phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc. • Thanh nẹp, băng bột và các thiết bị khác dùng cho chỗ gãy và trật khớp. • Xét nghiệm tại phòng thí nghiệm. • Máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý. • Các kiểm tra chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú. 	\$0 Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Quan sát bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện</p> <p>Các dịch vụ quan sát là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được cung cấp để xác định xem quý vị có cần phải nhập viện nội trú hay có thể được xuất viện.</p> <p>Để được đài thọ, các dịch vụ quan sát bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ quan sát chỉ được đài thọ khi được cung cấp theo y lệnh của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được luật cấp phép của tiểu bang và các quy định của nhân viên bệnh viện cho phép tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc yêu cầu các xét nghiệm ngoại trú.</p> <p>Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp viết y lệnh tiếp nhận quý vị vào bệnh viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, còn không thì quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện. Ngay cả khi lưu trú tại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là “bệnh nhân ngoại trú”. Nếu không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là “Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú của bệnh viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Cứ Hỏi!” Tờ thông tin này có sẵn trên trang Mạng tại địa chỉ www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại miễn cước này 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương, chẳng hạn như:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám bệnh nhân ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú. • Các dịch vụ quan sát giúp bác sĩ của quý vị biết liệu quý vị có cần nhập viện với tư cách “bệnh nhân nội trú” hay không. • Đôi khi quý vị có thể ở bệnh viện qua đêm mà vẫn là “bệnh nhân ngoại trú”. <p>Quý vị có thể biết thêm thông tin về việc xác định mình là bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn. • Chăm sóc sức khỏe tinh thần, bao gồm chăm sóc theo chương trình điều trị một phần tại bệnh viện, nếu bác sĩ chứng nhận rằng bệnh nhân sẽ cần điều trị nội trú nếu không được chăm sóc. • Các dịch vụ chụp X-quang và chụp hình quang tuyến khác được bệnh viện tính tiền. • Các tiếp liệu y tế, chẳng hạn như thanh nẹp và băng bột. • Các dịch vụ và thủ tục kiểm tra sàng lọc phòng ngừa được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi. • Một số loại thuốc mà quý vị không thể tự sử dụng. • Với các thủ thuật nha khoa tại một cơ sở trong mạng lưới, chúng tôi cung cấp gây mê và các dịch vụ của cơ sở kết hợp với việc gây tê/mê nếu tất cả những điều sau đây đều đúng: 	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị bị khuyết tật về mặt phát triển hoặc sức khỏe của quý vị bị tổn hại. ○ Tình trạng lâm sàng hoặc bệnh trạng tiềm ẩn của quý vị yêu cầu phải được cung cấp các thủ thuật nha khoa tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú. ○ Các thủ thuật nha khoa thông thường sẽ không yêu cầu gây mê. ● Chúng tôi sẽ không đài thọ bất kỳ dịch vụ nào khác liên quan đến các thủ thuật nha khoa, chẳng hạn như các dịch vụ nha sĩ, trừ khi các dịch vụ đó được DeltaCare hoặc Medi-Cal Dental đài thọ. 	
<p>Chăm sóc sức khỏe tinh thần ngoại trú</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe tinh thần được cung cấp bởi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bác sĩ tâm thần được tiểu bang cấp phép. ● Chuyên viên tâm lý học lâm sàng được cấp phép. ● Nhân viên xã hội lâm sàng. ● Bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng. ● Cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC). ● Nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT). ● Chuyên viên điều dưỡng (NP). ● Y sĩ (PA). ● Bất kỳ chuyên gia y tá về sức khỏe tinh thần nào khác đạt chuẩn Medicare được cấp phép theo luật tiểu bang hiện hành. <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Các dịch vụ tại phòng khám. ● Các dịch vụ điều trị ban ngày. ● Các dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội. 	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<ul style="list-style-type: none"> • Chương trình điều trị một phần tại bệnh viện hoặc các chương trình ngoại trú đặc biệt. • Đánh giá và điều trị sức khỏe tinh thần cho cá nhân và nhóm. • Kiểm tra tâm lý khi được chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tinh thần. • Các dịch vụ ngoại trú nhằm mục đích theo dõi trị liệu bằng thuốc. • Phòng xét nghiệm, thuốc, tiếp liệu và thuốc bổ cho bệnh nhân ngoại trú. • Tư vấn tâm thần. 	
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ.</p> <p>Quý vị có thể nhận được các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ các khoa ngoại trú của bệnh viện, các văn phòng trị liệu cá nhân, các cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vật lý trị liệu để ngăn ngừa té ngã cho người lớn có nguy cơ té ngã theo chỉ định của bác sĩ. • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ được cung cấp trong chương trình điều trị phục hồi chức năng đa ngành ban ngày. 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ lạm dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiểm tra sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu. • Điều trị lạm dụng ma túy. • Tư vấn cá nhân hoặc nhóm bởi một bác sĩ lâm sàng có chuyên môn, bao gồm cả chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình (LMFT) đã cấp phép. • Cai nghiện bán cấp tính trong chương trình cai nghiện nội trú. • Các dịch vụ về rượu và/hoặc ma túy trong trung tâm điều trị bệnh nhân ngoại trú đặc biệt. • Điều trị Naltrexone (vivitrol) phóng thích kéo dài. 	\$0
<p>Phẫu thuật ngoại trú</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ và phẫu thuật ngoại trú tại các cơ sở chăm sóc bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú.</p>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ Hỗ Trợ Sức Khỏe Thể Chất và Tinh Thần Không Kê Toa (OTC)</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ cho các hạng mục OTC được liệt kê trong danh mục OTC của chúng tôi để được giao hàng tại nhà miễn phí. Quý vị có thể đặt hàng các hạng mục OTC lên đến mức giới hạn quyền lợi hàng quý là \$250. Mỗi lượt đặt hàng phải có giá trị tối thiểu \$25. Đơn đặt hàng của quý vị có thể không được vượt quá giới hạn quyền lợi hàng quý của quý vị. Bất kỳ phần nào chưa sử dụng của giới hạn quyền lợi hàng quý không được chuyển tiếp đến quý tiếp theo. (Giới hạn quyền lợi của quý vị được đặt lại vào ngày 1 tháng 1, ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và ngày 1 tháng 10).</p> <p>Để xem danh mục của chúng tôi và đặt hàng trực tuyến, vui lòng truy cập kp.org/otc/ca. Quý vị có thể đặt hàng qua điện thoại hoặc yêu cầu một bản in danh mục được gửi qua đường bưu điện cho quý vị bằng cách gọi 1-833-569-2360 (TTY 711), từ 7 giờ sáng đến 6 giờ tối, theo giờ chuẩn Thái Bình Dương (Pacific Standard Time, PST), Thứ Hai đến Thứ Sáu.</p> <p>Quý vị có thể nhận được bảo hiểm bổ sung cho một số hạng mục OTC được Medi-Cal đài thọ thông qua chương trình Medi-Cal Rx. Để biết thêm thông tin về Medi-Cal Rx, hãy gọi (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi 711, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng Medi-Cal Rx tại https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.</p>	<p>Quý vị thanh toán từ \$0 lên đến \$250 cho giới hạn quyền lợi hàng quý.</p>
<p>Các hạng mục Thuốc Không Kê Toa (OTC) để thay thế nicôtin</p> <p>Chúng tôi sẽ đài thọ cho một số trị liệu thay thế nicôtin được FDA phê duyệt đối với việc sử dụng không kê toa. Các hạng mục này phải được nhà cung cấp trong mạng lưới đặt hàng và được lấy từ nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi sẽ cung cấp tiếp liệu tối đa 100 ngày hai lần trong năm dương lịch.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ điều trị tại bệnh viện một phần</p> <p>Điều trị tại bệnh viện một phần là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc. Dịch vụ này được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng. Nó sẽ đặc biệt hơn sự chăm sóc mà quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu. Nó có thể giúp quý vị không cần phải lưu trú tại bệnh viện.</p> <p>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là một chương trình có cấu trúc về điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng, trung tâm y tế đạt chuẩn Liên Bang hoặc phòng khám y tế nông thôn chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc nhận được tại cơ sở của quý vị hoặc văn phòng bác sĩ hoặc nhà trị liệu nhưng ít chuyên sâu hơn nhập viện bán phần.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chăm Sóc Giảm Nhẹ</p> <p>Chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cho những Hội viên đáp ứng được các tiêu chí đủ điều kiện của Medi-Cal đối với các dịch vụ này. Chăm sóc giảm nhẹ làm giảm những khó chịu về thể chất, tinh cảm, xã hội và tinh thần cho hội viên mắc bệnh hiểm nghèo. Chăm sóc giảm nhẹ có thể được cung cấp cùng lúc với chăm sóc điều trị.</p> <p>Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm những hạng mục sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Chương trình chăm sóc nâng cao. ● Đánh giá và tư vấn chăm sóc giảm nhẹ. ● Chương trình chăm sóc ở đây được định nghĩa là bao gồm tất cả các chăm sóc giảm nhẹ và chữa bệnh được phép. ● Chương trình của đội ngũ chăm sóc, bao gồm, nhưng không giới hạn ở những hạng mục sau: <ul style="list-style-type: none"> ● Bác sĩ y khoa hoặc nắn xương. ● Trợ lý bác sĩ. ● Y tá đã đăng ký. ● Y Tá Hành Nghề hoặc Y Tá Dạy Nghề Được Cấp Phép. ● Nhân Viên Xã Hội. ● Giáo sĩ. ● Điều phối chăm sóc. ● Kiểm soát cơn đau và triệu chứng. ● Các dịch vụ sức khỏe tinh thần và y tế xã hội. <p>Người lớn từ 21 tuổi trở lên không thể đồng thời nhận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ và dịch vụ chăm sóc cuối đời cùng một lúc. Nếu quý vị đang được chăm sóc giảm nhẹ và đáp ứng tính đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị có thể yêu cầu đổi sang dịch vụ chăm sóc cuối đời bất cứ lúc nào.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm cả việc thăm khám tại văn phòng của bác sĩ</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp ở những nơi như: <ul style="list-style-type: none"> • Phòng khám bác sĩ. • Trung tâm phẫu thuật cho các bệnh nhân đi lại được có chứng nhận. • Khoa ngoại trú của bệnh viện. • Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bệnh bởi một bác sĩ chuyên khoa. • Khám thính giác và thăng bằng cơ bản bởi nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị, nếu bác sĩ của quý vị chỉ định họ tìm hiểu xem quý vị có cần điều trị hay không. • Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong điều trị cụ thể cho bệnh trạng chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau khi gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị điều trị bức xạ cho bệnh ung thư liên quan đến hàm. • Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ nha khoa cần thiết để đảm bảo khoang miệng không bị nhiễm trùng trước khi được đưa vào danh sách chờ cấy ghép tế bào gốc/tủy xương, tim, thận, gan, phổi, tuyến tụy và đa tạng. Trong trường hợp cấy ghép khẩn cấp, những dịch vụ này có thể được thực hiện sau khi cấy ghép. Các dịch vụ bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> • Khám và đánh giá khoang miệng. • Các dịch vụ điều trị bao gồm nhổ răng cần thiết cho việc cấy ghép. • Chụp X-quang nha khoa có liên quan. • Làm sạch. • Điều trị bằng florua. <p style="text-align: right;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	<p>\$0</p> <p>Một số dịch vụ chuyên khoa và nha khoa có thể yêu cầu giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<ul style="list-style-type: none"> • Các cuộc gọi tại bệnh viện bởi một bác sĩ trong mạng lưới (hay của một nhà cung cấp trong mạng lưới là y tá chuyên môn) trong khu vực phục vụ của chúng tôi khi việc chăm sóc có thể được cung cấp tốt nhất tại nhà quý vị khi được xác định bởi một nhà cung cấp trong mạng lưới. • Điều trị bằng tia cực tím. • Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật. Trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị, nếu quý vị không thể tiếp cận nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quý vị cần ý kiến thứ hai cho một dịch vụ khác, chúng tôi sẽ thu xếp. 	
<p>Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần thăm khám tại văn phòng của bác sĩ (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một số dịch vụ y tế từ xa, bao gồm: chăm sóc chính và chuyên khoa, bao gồm dịch vụ bệnh viện nội trú, dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ phục hồi chức năng tim, dịch vụ phục hồi chức năng phổi, các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ cần gấp, nhập viện bán phần, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ trị liệu vận động, sức khỏe tinh thần, điều trị bệnh chân, dịch vụ tâm thần, dịch vụ vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ, dịch vụ chương trình điều trị opioid, dịch vụ chụp X-quang ngoại trú, dịch vụ bệnh viện ngoại trú, dịch vụ quan sát, lạm dụng chất gây nghiện, dịch vụ lọc máu, dịch vụ dinh dưỡng/chế độ ăn uống, giáo dục về sức khỏe, dịch vụ giáo dục về bệnh thận, đào tạo về tự quản lý bệnh tiểu đường đào tạo quản lý và kiểm tra thính giác, chuẩn bị cho việc phẫu thuật hoặc thời gian nằm viện và các lần thăm khám theo dõi sau thời gian nằm viện, phẫu thuật hoặc thăm khám tại Khoa Cấp Cứu. Các dịch vụ sẽ chỉ được cung cấp thông qua y tế từ xa khi được nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ đó cho là phù hợp về mặt lâm sàng. <p style="text-align: center;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần thăm khám tại văn phòng của bác sĩ (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị có quyền lựa chọn nhận được các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc y tế từ xa. Nếu chọn sử dụng một trong những dịch vụ này thông qua y tế từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ đó thông qua y tế từ xa. Chúng tôi cung cấp các phương tiện y tế từ xa sau đây: • Các lần thăm khám có tương tác qua video để nhận được các dịch vụ chuyên môn khi hình thức này có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc do một nhà cung cấp trong mạng lưới xác định. • Các cuộc hẹn thăm khám qua điện thoại đã lên lịch để nhận được các dịch vụ chuyên môn khi hình thức này có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc do một nhà cung cấp trong mạng lưới xác định. • Dịch vụ y tế từ xa để thăm khám bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng dành cho hội viên thực hiện thẩm tách tại gia tại trung tâm thẩm tách có cơ sở hoặc phục vụ nhu cầu khẩn cấp như tại bệnh viện, cơ sở thẩm tách hoặc tại nhà. • Dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quy. • Dịch vụ y tế từ xa dành cho các hội viên mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tinh thần cùng lúc. • Các dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị rối loạn sức khỏe tinh thần nếu: <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị sẽ được thăm khám trực tiếp một lần trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám y tế từ xa đầu tiên của quý vị. • Quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần khi sử dụng dịch vụ y tế từ xa này. • Trong một số trường hợp nhất định, sẽ có các tình huống ngoại lệ. <p style="text-align: center;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần thăm khám tại văn phòng của bác sĩ (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ y tế từ xa thăm khám sức khỏe tinh thần do Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và Trung tâm Y tế Đạt Chuẩn Liên Bang cung cấp. • Hãy đăng ký ảo (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không phải là bệnh nhân mới và • Làm thủ tục ghi tên (khi đến) không liên quan đến chuyến thăm khám trực tiếp trong 7 ngày qua và • Làm thủ tục ghi tên (khi đến) không nhằm mục đích đến thăm khám trong vòng 24 giờ hoặc liên quan đến cuộc hẹn sớm nhất đã đặt lịch. • Đánh giá qua video và/hoặc các hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ cũng như việc diễn giải và theo dõi của bác sĩ trong vòng 24 giờ nếu <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không phải là bệnh nhân mới và • Việc đánh giá không liên quan đến chuyến thăm khám trực tiếp trong 7 ngày qua và • Việc đánh giá không nhằm mục đích đến thăm khám trong vòng 24 giờ hoặc liên quan đến cuộc hẹn sớm nhất đã đặt lịch. • Việc tư vấn mà bác sĩ của quý vị thực hiện với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới. <p>Y tế từ xa trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị: Y tế từ xa là phương thức giúp quý vị sử dụng dịch vụ mà không cần ở chung một địa điểm thực tế với nhà cung cấp của quý vị. Y tế từ xa có thể bao gồm việc trò chuyện trực tiếp với nhà cung cấp của quý vị. Hoặc y tế từ xa có thể bao gồm việc chia sẻ thông tin với nhà cung cấp của quý vị mà không cần trò chuyện trực tiếp. Quý vị có thể nhận được nhiều dịch vụ thông qua y tế từ xa. Tuy nhiên, không phải tất cả các dịch vụ được đài thọ đều có liên kết với y tế từ xa. Quý vị có thể liên hệ với nhà cung cấp của mình để tìm hiểu những loại dịch vụ nào có thể sử dụng được thông qua y tế từ xa. Điều quan trọng là cả quý vị và nhà</p>	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>cung cấp của quý vị đều đồng ý rằng việc sử dụng dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho một dịch vụ cụ thể là phù hợp với quý vị. Quý vị có quyền sử dụng các dịch vụ trực tiếp cũng như không bắt buộc phải sử dụng y tế từ xa ngay cả khi nhà cung cấp của quý vị chỉ định rằng dịch vụ đó phù hợp với quý vị.</p>	
<p>Các dịch vụ điều trị bệnh chân</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật đối với các chấn thương và bệnh của bàn chân (chẳng hạn như ngón chân khoằm xuống hoặc gai gót chân). • Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các hội viên mắc các bệnh ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường. <p>Trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ điều trị bệnh chân Cần Thiết Về Mặt Y Tế để chẩn đoán và điều trị y tế, phẫu thuật, phương pháp cơ học, thủ công và điện dành cho bàn chân người. Dịch vụ này bao gồm điều trị mắt cá chân và các gân chèn vào bàn chân cũng như điều trị không phẫu thuật đối với các cơ và gân chân có chức năng kiểm soát bàn chân.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư tuyến tiền liệt</p> <p>Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán 12 tháng một lần cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buổi khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số. • Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA). 	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các bộ phận giả và tiếp liệu liên quan†</p> <p>Các bộ phận giả thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận hay chức năng của cơ thể. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các bộ phận giả sau và có thể các bộ phận khác không được liệt kê tại đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Túi hậu môn giả và các tiếp liệu liên quan để chăm sóc sau phẫu thuật tạo hậu môn giả. • Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và không qua đường tiêu hóa, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm truyền dịch, ống dẫn và bộ chuyển đổi, dung dịch cũng như tiếp liệu cho việc tiêm thuốc tự quản. • Máy điều hòa nhịp tim. • Vòng nẹp. • Giày giả. • Tay và chân giả. • Các bộ phận giả vú (bao gồm áo lót hậu phẫu thuật sau khi thực hiện thủ thuật cắt bỏ toàn bộ vú). • Các bộ phận giả để thay thế mọi bộ phận cơ thể ngoài hay trên mặt đã bị cắt bỏ hoặc bị suy yếu do bệnh, chấn thương hoặc dị tật bẩm sinh • Kem thoa và tã cho các bệnh trạng không kiểm soát được. <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số tiếp liệu liên quan đến các bộ phận giả. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho việc sửa chữa hoặc thay thế các bộ phận giả.</p> <p>Chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tham khảo phần “Chăm sóc thị lực” ở phần sau trong bảng này để biết thêm chi tiết.</p> <p style="text-align: center;">Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau</p>	<p>\$0</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Các bộ phận giả và tiếp liệu liên quan† (tiếp theo)</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ cho những hạng mục không được Medicare đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vớ nén gradient chữa bệnh phù mạch bạch huyết. • Một số giày phẫu thuật hậu phẫu được cung cấp trong thời gian thăm khám ngoại trú. • Thiết bị cương cứng hút chân không chữa rối loạn chức năng tình dục. • Một số chất bịt kín da, chất bảo vệ, chất dưỡng ẩm, thuốc mỡ chăm sóc vết thương cần thiết về mặt y tế. • Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các thiết bị nha khoa phục hình, trừ khi chúng được liệt kê trong “Dịch vụ nha khoa”. <p>Trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho các bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình nếu quý vị đáp ứng những điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vật dụng này cần thiết về mặt y tế để giúp khôi phục chức năng hoạt động của một bộ phận cơ thể (chỉ dành cho bộ phận giả). • Vật dụng mà quý vị được kê toa. • Vật dụng này cần thiết về mặt y tế để hỗ trợ bộ phận cơ thể (chỉ dành cho dụng cụ chỉnh hình). • Vật dụng cần thiết về mặt y tế để giúp quý vị thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. • Vật dụng này hợp lý đối với tình trạng y tế tổng thể của quý vị. • Vật dụng này được Medi-Cal đài thọ. • Vật dụng đó phải được phê duyệt trước cho quý vị. Bao gồm các thiết bị trợ thính được cấy ghép, áo ngực giả/áo ngực phẫu thuật, quần áo bó cơ và chân giả để phục hồi chức năng hoạt động hoặc thay thế một bộ phận cơ thể, hoặc để hỗ trợ một bộ phận cơ thể bị suy yếu hoặc biến dạng. Phạm vi bảo hiểm sẽ được giới hạn ở hạng mục thiết bị có chi phí thấp nhất đáp ứng đầy đủ nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ chọn nhà cung cấp. 	


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng phổi</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các chương trình phục hồi chức năng phổi dành cho các hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) từ mức độ trung bình đến rất nặng. Quý vị phải có y lệnh của bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị COPD về việc phục hồi chức năng phổi.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
<p>Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện nội trú và điều trị sức khỏe tinh thần</p> <p>Chúng tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ sau đây khi các dịch vụ này được cung cấp tại một cơ sở điều trị nội trú được cấp phép nơi cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc sức khỏe tinh thần cho từng cá nhân trong 24 giờ, các dịch vụ này thường được cung cấp bởi một cơ sở điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc sức khỏe tinh thần trong một cơ sở điều trị nội trú được cấp phép và các dịch vụ này cao hơn mức chăm sóc sinh hoạt hàng ngày:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tư vấn cá nhân và nhóm. • Các dịch vụ y tế. • Theo dõi thuốc. • Chỗ ăn chỗ ở. • Các thuốc do nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa được bao gồm trong chương trình chăm sóc của quý vị tại cơ sở điều trị nội trú theo quy định về danh mục thuốc của chúng tôi nếu các thuốc này do nhân viên y tế cung cấp cho quý vị tại cơ sở đó. • Lập kế hoạch xuất viện. <p>Không có giới hạn về số ngày cần thiết về mặt y tế trong chương trình điều trị nội trú của chúng tôi để điều trị các tình trạng sức khỏe tinh thần và lạm dụng chất gây nghiện khi được nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
 <p>Kiểm tra sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các kiểm tra sàng lọc chlamydia, lậu, bệnh giang mai và viêm gan B. Phụ nữ mang thai và một số người có nhiều nguy cơ mắc STI sẽ được đài thọ cho các kiểm tra sàng lọc này. Nhà cung cấp chăm sóc chính phải yêu cầu các xét nghiệm. Chúng tôi sẽ đài thọ các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ.</p> <p>Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực diện cường độ cao mỗi năm cho những người trưởng thành hoạt động tình dục có nhiều nguy cơ mắc STI. Mỗi buổi có thể dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa chỉ khi được nhà cung cấp chăm sóc chính cung cấp. Các buổi tư vấn này phải ở trong môi trường chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ.</p>	<p>\$0</p>
<p>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phòng bán riêng tư hoặc phòng riêng tư nếu cần thiết về mặt y tế. • Các bữa ăn, bao gồm những chế độ ăn uống đặc biệt. • Các dịch vụ điều dưỡng. • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ. • Các loại thuốc mà quý vị nhận được bao gồm trong chương trình chăm sóc của quý vị, bao gồm các chất có mặt tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu. • Máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý. • Các tiếp liệu y tế và phẫu thuật do các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Các xét nghiệm do các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác do các cơ sở điều dưỡng cung cấp. 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<ul style="list-style-type: none"> • Trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn, thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp. • Các dịch vụ bác sĩ/chuyên viên y tế. <p>Quý vị thường được chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể được chăm sóc tại một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể được chăm sóc tại những nơi sau nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống trước khi đến bệnh viện (miễn là nơi đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). • Cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc quý vị đời sống chung của quý vị sống tại thời điểm quý vị xuất viện. 	
 <p>Cai hút thuốc và sử dụng thuốc lá</p> <p>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, không có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá và muốn hoặc cần phải bỏ thuốc lá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chúng tôi trả tiền cho hai lần cố gắng bỏ thuốc trong thời gian 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này miễn phí đối với quý vị. Mỗi lần cố gắng bỏ thuốc bao gồm tối đa bốn lần thăm khám tư vấn trực tiếp. <p>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai lần cố gắng bỏ thuốc trong thời gian 12 tháng. Mỗi lần tư vấn bỏ thuốc bao gồm tối đa bốn lần thăm khám tư vấn trực tiếp. 	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Liệu pháp tập thể dục có giám sát (Supervised exercise therapy, SET)</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (peripheral artery disease, PAD) có triệu chứng có giấy giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD.</p> <p>Chương trình của chúng tôi thanh toán cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu SET. • Thêm 36 buổi nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế. <p>Chương trình SET phải là:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mỗi buổi của chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu để chữa PAD sẽ kéo dài từ 30 đến 60 phút dành cho những hội viên bị chuột rút ở chân do lưu lượng máu kém (đau chân) • Trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc trong phòng khám bác sĩ. • Được nhân viên đạt chuẩn cung cấp, đảm bảo mang lại lợi ích tối đa vì nhân viên đã được đào tạo về liệu pháp tập thể dục để chữa PAD. • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng hành nghề/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản lẫn nâng cao. 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Phương tiện chuyên chở: Phương tiện chuyên chở y tế khi không trong tình trạng cấp cứu†</p> <p>Quyền lợi này cho phép các phương tiện chuyên chở có hiệu quả nhất về mặt chi phí và dễ tiếp cận nhất. Quyền lợi này có thể bao gồm: các dịch vụ chuyên chở y tế như xe cứu thương, xe tải chở rác, xe tải chở xe lăn và phối hợp với các phương tiện chuyên chở đường bộ.</p> <p>Các hình thức chuyên chở này được cho phép khi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tình trạng y tế và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị di chuyển bằng xe buýt, ô tô khách, taxi hoặc các phương tiện giao thông công cộng hoặc tư nhân khác, và • Tùy thuộc vào dịch vụ, có thể cần có sự cho phép trước. <p>Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu phương tiện chuyên chở y tế khi không trong tình trạng cấp cứu, hãy tham khảo Chương 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>
<p>Phương tiện chuyên chở: Phương tiện chuyên chở phi y tế†</p> <p>Quyền lợi này cho phép việc chuyên chở đến các dịch vụ y tế bằng ô tô khách, taxi hoặc các phương tiện giao thông công cộng/tư nhân khác.</p> <p>Cần phải có phương tiện chuyên chở để phục vụ mục đích chăm sóc y tế cần thiết, bao gồm cả việc đi đến các cuộc hẹn nha khoa và lấy thuốc theo toa.</p> <p>Quyền lợi này không giới hạn quyền lợi về phương tiện chuyên chở y tế không cấp cứu của quý vị.</p> <p>Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu phương tiện chuyên chở phi y tế, hãy tham khảo Chương 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Chăm sóc cần gấp</p> <p>Chăm sóc cần gấp là chăm sóc được cung cấp để điều trị:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trường hợp không cấp cứu cần chăm sóc y tế ngay lập tức, hoặc • Một căn bệnh đột ngột về mặt y tế, hoặc • Chấn thương, hoặc • Một tình trạng cần được chăm sóc ngay lập tức. <p>Nếu quý vị cần chăm sóc cần gấp, trước tiên quý vị nên cố gắng nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Trong khu vực phục vụ của chúng tôi: Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới, trừ khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi tạm thời không khả dụng hoặc không thể tiếp cận được do một trường hợp bất thường và đột xuất (ví dụ: thảm họa lớn).</p> <p>Ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi: Quý vị có bảo hiểm chăm sóc khẩn cấp toàn cầu khi đi du lịch nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức vì bệnh hoặc chấn thương không lường trước được và quý vị tin tưởng một cách hợp lý rằng sức khỏe của mình sẽ sa sút nghiêm trọng nếu trì hoãn việc điều trị cho đến khi trở lại khu vực phục vụ của chúng tôi.</p>	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p> Chăm sóc thị giác.</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một buổi khám nhãn khoa định kỳ mỗi năm. • Dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán, điều trị các bệnh và tổn thương ở mắt. Ví dụ, điều này bao gồm khám mắt hàng năm đối với bệnh vông mạc tiểu đường dành cho những người mắc bệnh tiểu đường và điều trị thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. • Đối với người mắc bệnh tiểu đường, khám dò tìm và theo dõi bệnh vông mạc tiểu đường. • Xét nghiệm khả năng thị lực nhìn chu vi chung quanh. <p>Đối với những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Những người có tiền sử gia đình bị bệnh tăng nhãn áp. • Người bị bệnh tiểu đường. • Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên. • Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên. 	<p>\$0</p> <p>Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để nhận được giấy giới thiệu cho dịch vụ nhãn khoa.</p>
<p>Mắt kính sau phẫu thuật đục thủy tinh thể: Chúng tôi chi trả cho các hạng mục sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một cặp kính hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể trong trường hợp bác sĩ đặt tròng kính vào trong mắt. Nếu quý vị trải qua hai lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận được một cặp kính sau mỗi lần phẫu thuật. Quý vị không thể nhận được hai cặp kính sau lần phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị chưa nhận được một cặp kính sau lần phẫu thuật đầu tiên. • Cặp kính chỉnh thị giác/gọng kính (và thay thế) cần thiết sau cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể không lắp đặt thấu kính nhân tạo. 	<p>\$0 cho mắt kính theo các hướng dẫn của Medicare.</p> <p>Lưu ý: Nếu mắt kính quý vị mua có giá cao hơn số tiền Medicare đài thọ, quý vị sẽ phải trả khoản chênh lệch.</p>


Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Kính đeo mắt và kính áp tròng: Cứ 12 tháng một lần, chúng tôi sẽ đài thọ mức trợ cấp \$350 cho quý vị sử dụng theo giá mua mắt kính từ một cơ sở mắt kính có trong chương trình khi bác sĩ hoặc bác sĩ đo thị lực kê toa mắt kính hoặc kính áp tròng để điều chỉnh thị lực. Có thể sử dụng mức trợ cấp này để thanh toán cho các hạng mục sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tròng kính mắt khi nhà cung cấp trong mạng lưới đặt tròng kính vào gọng kính. • Gọng kính mắt khi nhà cung cấp trong mạng lưới đặt hai tròng kính (ít nhất một trong số đó phải có giá trị khúc xạ) vào gọng kính. • Kính áp tròng, lắp và phân phối. <p>Chúng tôi sẽ không cung cấp mức trợ cấp này nếu chúng tôi đã trợ cấp (hoặc đài thọ) cho tròng kính hoặc gọng kính trong vòng 12 tháng trước đó.</p> <p>Chỉ có thể sử dụng mức trợ cấp này tại điểm bán hàng đầu tiên. Nếu quý vị không dùng tất cả trợ cấp của quý vị vào lúc mua ban đầu, quý vị không thể dùng sau này.</p>	<p>Nếu quý vị mua mắt kính có giá cao hơn \$350, quý vị phải trả khoản chênh lệch.</p> <p>Medi-Cal sẽ đài thọ cho gọng kính mới hoặc gọng thay thế có chi phí \$80 hoặc ít hơn cứ 24 tháng một lần. Nếu gọng kính quý vị mua có giá cao hơn \$80, thì quý vị phải trả khoản chênh lệch.</p>
<p>Tròng kính cho kính đeo mắt trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhà cung cấp tròng kính cho mắt kính của DHCS sẽ cung cấp tròng kính mới hoặc thay thế. Nếu nhà cung cấp của DHCS không thể cung cấp cho quý vị tròng kính mà quý vị cần, chúng tôi sẽ sắp xếp để chế tạo tròng kính cho quý vị tại một phòng thí nghiệm quang học khác. Quý vị sẽ không cần trả thêm tiền trong trường hợp chúng tôi phải thu xếp vì nhà cung cấp của DHCS không thể cung cấp tròng kính mà quý vị cần. 	<p>\$0</p> <p>Nếu quý vị muốn dùng tròng kính hoặc tính năng của kính mắt không được Medi-Cal đài thọ thì quý vị có thể phải trả thêm tiền cho những tính năng nâng cấp đó.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711),** 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Tròng kính thay thế: Nếu quý vị có thay đổi ít nhất 0,50 đi-ốp ở một hoặc cả hai mắt trong toa thuốc trong vòng 12 tháng kể từ thời điểm bán kính mắt hoặc kính áp tròng ban đầu mà chúng tôi đã hỗ trợ (hoặc đài thọ), chúng tôi sẽ cung cấp một mức trợ cấp đối với giá mua của một hạng mục thay thế cùng loại (kính mắt hoặc kính áp tròng, lắp và phân phối) cho mắt có độ thay đổi là 0,50 đi-ốp. Mức trợ cấp đối với một trong những tròng kính thay thế này là \$30 cho một tròng kính mắt một tiêu cự hoặc cho một kính áp tròng (bao gồm cả việc lắp và phân phối) và \$45 cho tròng kính mắt đa tiêu điểm hoặc thấu kính trong suốt.</p>	<p>Nếu quý vị mua tròng kính có giá cao hơn mức trợ cấp là \$30 cho tròng kính đa tiêu cự hoặc tròng vi thấu kính \$45, thì quý vị phải trả số tiền vượt quá mức trợ cấp của mình.</p>
<p>Kính áp tròng đặc biệt: Chúng tôi đài thọ cho các loại kính áp tròng đặc biệt sau đây khi được bác sĩ trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới là bác sĩ đo thị lực kê toa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tối đa hai kính áp tròng cần thiết về mặt y tế, lắp và phân phối cho mỗi mắt 12 tháng một lần để điều trị tật không mổ mắt (thiếu mổ mắt). • Nếu kính áp tròng (không phải loại kính áp tròng điều trị tật không mổ mắt) cải thiện thị lực của quý vị đáng kể mà kính mắt không làm được, chúng tôi sẽ đài thọ hoặc là một cặp kính áp tròng (bao gồm cả việc lắp và phân phối) hoặc tiếp liệu ban đầu cho kính áp tròng dùng một lần (bao gồm cả việc lắp và phân phối) không quá 12 tháng một lần. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không đài thọ cho bất cứ kính áp tròng nào nếu chúng tôi đã trợ cấp cho (hay nói cách khác là đài thọ) kính áp tròng trong vòng 12 tháng trước, nhưng không bao gồm kính áp tròng cho chứng thiếu đồng tử. 	<p>\$0</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Số tiền quý vị phải trả
<p>Thiết bị cho Người Có Thị Lực Kém: Chúng tôi sẽ đài thọ thiết bị cho người có thị lực kém trong phạm vi Medi-Cal nếu đáp ứng các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thị lực được điều chỉnh tốt nhất là 20/60 hoặc kém hơn ở mắt tốt hơn hay trường giới hạn của một trong hai mắt ở mức 10 độ hoặc thấp hơn so với điểm cố định. • Tình trạng thị lực bất thường được đánh giá là mãn tính và không thể thuyên giảm bằng các biện pháp y tế hoặc phẫu thuật. • Tình trạng thể chất và tinh thần của người nhận đủ điều kiện hợp lý để tin rằng việc viện trợ có thể giúp nâng cao chức năng sinh hoạt hàng ngày của người nhận. <p>Phạm vi bảo hiểm sẽ được giới hạn ở thiết bị có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của Hội Viên. Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal không bao gồm các thiết bị phóng đại điện tử và các thiết bị không kết hợp trong kính sử dụng cho mắt.</p>	\$0
<p> Lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”</p> <p>Chúng tôi sẽ đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” một lần. Lần thăm khám này bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đánh giá sức khỏe của quý vị, • Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm cả khám sàng lọc và tiêm ngừa), và • Giới thiệu các dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. <p>Lưu ý: Chúng tôi chỉ đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” trong 12 tháng đầu tiên mà quý vị có Medicare Phần B. Khi đặt lịch hẹn khám, quý vị hãy nói với văn phòng bác sĩ của mình rằng quý vị muốn lên lịch cho lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”.</p>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
<p>Chăm sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)</p> <p>Chương trình bảo hiểm sức khỏe có thỏa thuận với Delta Dental of California (“Delta Dental”) để cung cấp cho quý vị Chương trình HMO Nha khoa DeltaCare USA. DeltaCare USA cung cấp dịch vụ chăm sóc nha khoa toàn diện thông qua mạng lưới gồm các nha sĩ ký kết hợp đồng với Delta Dental để cung cấp các dịch vụ nha khoa. Để biết thông tin về các nhà cung cấp nha khoa, vui lòng tham khảo Danh Mục Nhà Cung Cấp nha khoa.</p> <p>Các quyền lợi trình bày dưới đây đã được nha sĩ điều trị DeltaCare USA đánh giá là phù hợp dựa trên giới hạn và các trường hợp loại trừ nêu tại chương này. Các hội viên nên thảo luận về tất cả các phương án điều trị với nha sĩ DeltaCare USA của họ trước khi các dịch vụ được cung cấp. Nếu dịch vụ cho một thủ thuật được liệt kê được thực hiện bởi nha sĩ theo hợp đồng được chỉ định, người ghi danh sẽ trả tiền đồng trả được xác định. Các thủ thuật liệt kê đòi hỏi một nha sĩ phải cung cấp dịch vụ chuyên khoa và được giới thiệu bởi nha sĩ theo hợp đồng được chỉ định, phải được Delta Dental cho phép. Người ghi danh trả tiền đồng trả được quy định cho các dịch vụ đó.</p> <p>Những thủ thuật không được liệt kê dưới đây sẽ không được đài thọ. Lưu ý: Bất kỳ dịch vụ nào được liệt kê bên dưới có dấu hoa thị (*) chỉ là một quyền lợi được đài thọ khi được cung cấp cùng với một dịch vụ được liệt kê khác không được đánh dấu hoa thị.</p> <p>Văn bản in nghiêng dưới đây nhằm mục đích cụ thể làm rõ việc cung cấp các quyền lợi theo chương trình DeltaCare USA Dental HMO và không được diễn giải là mã thủ thuật, danh pháp hoặc mô tả Thuật ngữ Nha khoa Hiện tại (CDT) 2024 thuộc bản quyền của Hiệp Hội Nha Khoa Hoa Kỳ (ADA). ADA có thể thay đổi mã hoặc định nghĩa CDT theo định kỳ. Những mã, mô tả hoặc danh pháp được cập nhật như vậy có thể được sử dụng để mô tả các thủ thuật được đài thọ này phù hợp với luật pháp liên bang.</p>	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
Chẩn đoán (D0100-D0999)†	
D0120: Đánh giá miệng định kỳ – bệnh nhân cũ.	\$0
D0140: Đánh giá miệng bị hạn chế – tập trung vào vấn đề.	\$0
D0150: Đánh giá miệng toàn diện – bệnh nhân mới hoặc cũ.	\$0
D0160: Đánh giá miệng chi tiết và bao quát – tập trung vấn đề, theo báo cáo	\$0
D0180: Đánh giá nha chu toàn diện – bệnh nhân mới hoặc cũ	\$0
D0210: Trong miệng – toàn bộ loạt hình chụp X-quang – giới hạn 1 loạt mỗi 24 tháng.	\$0
D0220: Trong miệng – hình chụp X-quang đầu tiên ngoại biên.	\$0
D0230: Trong miệng – mỗi hình chụp X-quang bổ sung ngoại biên.	\$0
D0240: Trong miệng – chụp x quang khớp cắn.	\$0
D0250: Ngoài miệng – Hình chụp X-quang chiếu 2D được tạo ra bằng cách sử dụng nguồn bức xạ tĩnh và máy dò.	\$0
D0251: Hình chụp X-quang răng sau ngoài miệng.	\$0
D0270: Cánh cắn – hình chụp X-quang đơn.	\$0
D0272: Cánh cắn – hai hình chụp X-quang.	\$0
D0274: Cánh cắn – bốn hình chụp X-quang – giới hạn 1 loạt 6 tháng một lần.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D0330: Hình chụp X-quang tổng quát.	\$0
D0350: Hình chụp miệng/mặt 2D trong hoặc ngoài miệng – để chẩn đoán và điều trị tình trạng lâm sàng cụ thể mà phim chụp X quang không thể hiện rõ – 4 tấm mỗi ngày phục vụ.	\$0
D0396: In 3D quét bề mặt nha khoa 3D.	\$0
D0419: Đánh giá lưu lượng nước bọt bằng cách đo – 1 lần sau 12 tháng.	\$0
D0502: Các thủ thuật về bệnh lý miệng khác, theo báo cáo.	\$0
D0999: Thủ thuật chẩn đoán không xác định, theo báo cáo – bao gồm thăm khám tại văn phòng, mỗi lần khám (ngoài các dịch vụ khác).	\$0
Phòng ngừa (D1000-D1999)	
D1110: Vệ sinh phòng bệnh – người lớn – 1 D1110 hoặc D4346 mỗi 6 tháng 1 lần.	\$0
D1206: Bôi sơn bóng florua tại chỗ – 1 D1206 hoặc D1208 mỗi 6 tháng.	\$0
D1208: Bôi tại chỗ florua – không bao gồm sơn bóng – 1 D1206 hoặc D1208 mỗi 6 tháng.	\$0
D1354 Bôi thuốc chữa sâu răng – trên mỗi chiếc răng – 6 tháng 1 lần	\$0
Phục hồi (D2000-D2999)† Bao gồm đánh bóng, tất cả các thủ thuật với chất kết dính và liên kết, chụp tủy gián tiếp, lớp lót, đường viền và dung dịch axit mài mòn. Việc thay thế mão răng, lớp khảm và lớp phủ yêu cầu quá trình phục hồi hiện tại phải từ 5 năm trở lên.	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D2140: Amalgam – một bề mặt, răng cửa hoặc răng vĩnh viễn – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2150: Amalgam – hai bề mặt, răng sữa hoặc vĩnh viễn – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2160: Amalgam – ba bề mặt, răng sữa hoặc vĩnh viễn – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2161: Amalgam – bốn bề mặt trở lên, răng sữa hoặc vĩnh viễn – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2330: Composite làm từ nhựa – một bề mặt, răng cửa – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2331: Composite làm từ nhựa – hai bề mặt, răng cửa – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2332: Composite làm từ nhựa – ba bề mặt, răng cửa – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2335: Composite làm từ nhựa – bốn bề mặt trở lên (răng trước) – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2390: Mão răng composite làm từ nhựa, răng cửa – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2391: Composite làm từ nhựa – một bề mặt, răng sau – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2392: Composite làm từ nhựa – hai bề mặt, răng sau – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2393: Composite làm từ nhựa – ba bề mặt, răng sau – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2394: Composite làm từ nhựa – bốn bề mặt trở lên, răng sau – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D2910: Gắn phục hình hoặc gắn lại lớp khảm, lớp phủ, lớp sứ hoặc khôi phục bảo hiểm một phần – giới hạn 1 lần trong 12 tháng.	\$0
D2920: Gắn phục hình lại hoặc kết dính lại mão răng – Nhà cung cấp ban đầu chịu trách nhiệm cho toàn bộ việc kết dính lại trong vòng 12 tháng đầu tiên sau lần đầu tiên đặt mão răng đúc sẵn hoặc đã được xử lý trong phòng thí nghiệm. Sau khoảng thời gian 1 tháng đầu tiên, giới hạn sẽ là 1 lần trong 12 tháng.	\$0
D2928 Mão răng đúc sẵn bằng sứ/gốm-răng vĩnh viễn – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2931: Mão răng đúc sẵn bằng thép không gỉ – răng vĩnh viễn – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2932: Mão răng nhựa đúc sẵn – răng cửa sữa – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2933: Mão răng đúc sẵn bằng thép không gỉ có mặt nhựa trong suốt – giới hạn 1 lần trong 36 tháng.	\$0
D2940: Phục hồi bảo vệ – giới hạn 6 tháng 1 lần.	\$0
D2952: Trụ và lõi ngoài mão răng, được tạo gián tiếp – bao gồm cả việc chuẩn bị ống tủy – một lần cho mỗi răng bất kể số lượng trụ được đặt và chỉ kết hợp với mão răng được phép (tạo sẵn hoặc xử lý trong phòng xét nghiệm).	\$0
D2954: Trụ và lõi tạo sẵn ngoài mão – trụ kim loại cơ bản; bao gồm việc chuẩn bị ống tủy – một lần cho mỗi răng bất kể số lượng trụ được đặt và chỉ kết hợp với mão răng được phép (tạo sẵn hoặc được xử lý trong phòng xét nghiệm) trên răng vĩnh viễn đã điều trị rút tủy răng.	\$0
D2976: Ổn định vòng niềng – mỗi răng – giới hạn một lần trong đời cho mỗi răng	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D2989: Nhỏ răng dẫn đến việc xác định là không thể phục hồi được	\$0
Nội nha (D3000-D3999)†	
D3110: Bọc bột giấy – trực tiếp (không bao gồm phục hồi lần cuối).	\$0
D3346: Điều trị lại việc rút tủy răng trước đó – răng cửa – Không phải là một quyền lợi đối với nhà cung cấp ban đầu trong vòng 12 tháng kể từ lần điều trị đầu tiên.	\$0
Nha chu (D4000-D4999)†	
Bao gồm các đánh giá trước và sau phẫu thuật và điều trị trong khi gây tê cục bộ.	
D4341: Cạo vôi răng và bảo chân răng nha chu – từ 4 răng trở trên mỗi góc phần tư – giới hạn 1 lần trên mỗi góc phần tư trong 24 tháng.	\$0
D4342: Cạo vôi răng và bảo chân răng nha chu – từ một đến ba răng trên mỗi góc phần tư – giới hạn 1 lần trên mỗi góc phần tư trong 24 tháng.	\$0
D4346: Cạo vôi răng khi bị viêm nướu tổng quát ở mức trung bình hoặc nặng – toàn bộ miệng, sau khi đánh giá miệng D1110 hoặc D4346 – 6 tháng 1 lần	\$0
D4355: Khử mùi toàn bộ miệng để cho phép đánh giá và chẩn đoán nha chu toàn diện ở lần thăm khám tiếp theo – giới hạn 1 lần điều trị trong 12 tháng liên tiếp.	\$0
D4910: Bảo trì nha chu – Một quyền lợi chỉ dành cho bệnh nhân đang cư trú tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Trung Cấp, chỉ khi trước đó có cạo vôi răng và bảo chân răng (D4341-D4342), chỉ sau khi hoàn thành tất cả các quy trình cạo vôi răng và bảo chân răng cần thiết, giới hạn 1 lần điều trị mỗi quý dương lịch, chỉ trong 24 tháng tính từ lần cạo vôi răng và bảo chân răng gần nhất.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
<p>Phục hình răng, có thể tháo rời (D5000-D5899)†</p> <p>Làm lại đế, thay lớp phủ và ổn định mô nướu được giới hạn 1 lần cho mỗi hàm răng giả trong suốt 12 tháng liên tiếp. Việc thay thế hàm răng giả hoặc hàm răng giả bán phần yêu cầu hàm răng giả hiện tại phải có 5 năm tuổi trở lên. Lưu ý: Đối với tất cả hàm răng giả được liệt kê, khoản đồng thanh toán cho bất kỳ bộ phận giả, đệm đế, điều chỉnh hoặc sửa chữa mô nào có thể tháo rời bao gồm tất cả các điều chỉnh cần thiết trong sáu tháng sau ngày thực hiện dịch vụ. Người ghi danh phải tiếp tục đủ tiêu chuẩn và dịch vụ phải được thực hiện tại cơ sở của Nha Sĩ theo Hợp đồng là nơi hàm răng giả được cung cấp vào lúc đầu.</p>	
D5110: Cả hàm răng giả – hàm trên.	\$0
D5120: Cả hàm răng giả – hàm dưới.	\$0
D5130: Hàm răng giả lấy liền – hàm trên.	\$0
D5140: Hàm răng giả lấy liền – hàm dưới.	\$0
D5410: Điều chỉnh cả hàm răng giả – hàm trên – Mỗi ngày phục vụ một lần; 12 tháng 2 lần.	\$0
D5411: Điều chỉnh cả hàm răng giả – hàm dưới – Mỗi ngày phục vụ một lần; 12 tháng 2 lần.	\$0
D5511: Sửa chữa phần đế bị gãy của cả hàm răng giả, hàm dưới. Mỗi cung răng một lần trong mỗi ngày phục vụ; giới hạn 2 lần trong 12 tháng.	\$0
D5512: Sửa chữa phần đế bị gãy của cả hàm răng giả, hàm trên. Mỗi cung răng một lần trong mỗi ngày phục vụ; giới hạn 2 lần trong 12 tháng.	\$0
D5520: Thay thế răng bị mất hoặc bị gãy – cả hàm răng giả (mỗi răng) – Tối đa bốn răng trên mỗi cung răng, mỗi ngày phục vụ của mỗi nhà cung cấp; giới hạn hai lần mỗi cung răng trong 12 tháng.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D5611: Sửa chữa phần đế bị gãy của hàm răng giả bán phần, hàm dưới. Mỗi cung răng một lần trong mỗi ngày phục vụ; giới hạn 2 lần trong 12 tháng.	\$0
D5612: Sửa chữa đế nhựa của răng giả bán phần, hàm trên. Mỗi cung răng một lần trong mỗi ngày phục vụ; giới hạn 2 lần trong 12 tháng.	\$0
D5730: Thay lớp phủ cho cả hàm răng giả hàm trên (làm tại chỗ) – giới hạn 1 lần cho mỗi hàm răng giả trong 12 tháng.	\$0
D5731: Thay lớp phủ cho cả hàm răng giả hàm dưới (làm tại chỗ) – giới hạn 1 lần cho mỗi hàm răng giả trong 12 tháng.	\$0
D5750: Thay lớp phủ cho cả hàm răng giả hàm trên (phòng xét nghiệm) - giới hạn 1 lần cho mỗi hàm răng giả trong 12 tháng.	\$0
D5751: Thay lớp phủ cho cả hàm răng giả hàm dưới (phòng xét nghiệm) – giới hạn 1 lần cho mỗi hàm răng giả trong 12 tháng.	\$0
D5850: Ổn định mô nướu, hàm trên – giới hạn 2 lần cho mỗi hàm răng giả trong 36 tháng.	\$0
D5851: Ổn định mô nướu, hàm dưới - giới hạn 2 lần cho mỗi hàm răng giả trong 36 tháng.	\$0
D5863: Hàm răng giả tháo lắp – toàn bộ hàm trên – giới hạn 1 lần trong 5 năm.	\$0
D5865: Hàm răng giả tháo lắp – toàn bộ hàm dưới – giới hạn 1 lần trong 5 năm.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
<p>Dịch vụ trồng răng (D6000-D6199)†</p> <p>Quyền lợi chỉ được hưởng khi các tình trạng y tế đặc biệt được ghi nhận và xem xét về mức độ cần thiết về mặt y tế. Cần có sự cho phép trước. Tham khảo thêm các giới hạn và/hoặc các trường hợp loại trừ. Nhà cung cấp ban đầu chịu trách nhiệm cho toàn bộ việc kết dính lại trong vòng 12 tháng đầu tiên sau lần đầu tiên đặt mào răng có hỗ trợ trồng răng/khớp nối. Tiếp theo đó là giới hạn 1 lần trong 12 tháng của lần kết dính lại trước đó do cùng một nhà cung cấp thực hiện.</p>	
D6092: Gắn phục hình lại hoặc kết dính lại mào răng có hỗ trợ trồng răng/khớp nối.	\$0
D6093: Gắn phục hình lại hoặc kết dính lại hàm răng giả bán phần cố định có hỗ trợ trồng răng/khớp nối.	\$0
D6096: Tháo vít trồng răng bị hỏng.	\$0
D6100: Phẫu thuật loại bỏ răng trồng.	\$0
D6105: Lấy bộ phận cấy ghép không cần lấy xương hoặc nâng vạt.	\$0
D6197: Thay thế vật liệu phục hồi được sử dụng để đóng lỗ tiếp cận của bộ phận giả hỗ trợ bộ phận cấy ghép được giữ lại bằng vít, trên mỗi bộ phận cấy ghép.	\$0
<p>Phục hình răng, cố định (D6200-D6999)†</p> <p>Mỗi dụng cụ cố định răng và nhịp cầu răng tạo thành một bộ phận trong một hàm giả bán phần hoặc cầu răng cố định. Việc thay thế mào răng, nhịp cầu răng, lớp khảm, lớp phủ hoặc dụng cụ giảm áp lực yêu cầu cầu răng hiện tại phải được 5 năm tuổi trở lên.</p>	
D6930: Hàn hoặc gắn lại hàm răng giả bán phần cố định.	\$0
D6999: Thủ thuật phục hình răng cố định không xác định, theo báo cáo.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
<p>Phẫu Thuật Răng Hàm Mặt (D7000-D7999)†</p> <p>Bao gồm các đánh giá trước và sau phẫu thuật và điều trị trong khi gây tê cục bộ.</p> <p>D7111: Nhổ răng, chân răng thừa – răng sữa.</p>	\$0
<p>D7140: Nhổ răng, răng mọc hoặc chân răng bị lộ (nâng lên và/hoặc nhổ bằng kẹp).</p>	\$0
<p>D7210: Nhổ răng, răng mọc cần phải loại bỏ xương và/hoặc cắt nhỏ răng, bao gồm nâng vạt màng xương lên nếu được chỉ định.</p>	\$0
<p>D7220: Loại bỏ răng mọc lệch – mô mềm.</p>	\$0
<p>D7230: Loại bỏ răng mọc lệch – một phần xương.</p>	\$0
<p>D7240: Loại bỏ răng mọc lệch – toàn bộ xương.</p>	\$0
<p>D7241: Loại bỏ răng mọc lệch – toàn bộ xương, với các biến chứng phẫu thuật bất thường.</p>	\$0
<p>D7250: Loại bỏ chân răng còn sót lại (thủ thuật cắt).</p>	\$0
<p>D7270: Trồng lại răng và/hoặc ổn định răng vô tình bị di chuyển hoặc di dời – chỉ dành cho răng cửa vĩnh viễn – mỗi cung răng một lần.</p>	\$0
<p>D7284: Sinh thiết cắt bỏ các tuyến nước bọt nhỏ.</p>	\$0
<p>D7286: Sinh thiết mô miệng – phần mềm – không bao gồm các thủ thuật xét nghiệm bệnh lý.</p>	\$0
<p>Dịch Vụ Tổng Quát Bổ Sung (D9000-D9999)†</p>	
<p>D9110: Điều trị giảm đau răng – mỗi lần khám.</p>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D9210: Gây tê cục bộ không kết hợp với các thủ tục phẫu thuật hoặc giải phẫu.	\$0
D9211: Gây tê khối vùng.	\$0
D9212: Gây tê khối phần chia dây thần kinh sinh ba.	\$0
D9215: Gây tê tại chỗ kết hợp với các thủ thuật phẫu thuật hoặc giải phẫu.	\$0
D9222: Gây mê sâu/gây tê tổng quát - 15 phút đầu	\$0
D9223: An thần sâu/gây mê toàn thân – mỗi lần tăng thêm 15 phút.	\$0
D9230: Hít vào nitơ oxit/thuốc giải lo âu, thuốc giảm đau.	\$0
D9239: Thuốc an thần/giảm đau mức độ vừa (tĩnh táo) tiêm tĩnh mạch – 15 phút đầu.	\$0
D9243: Giảm đau/gây mê ở mức trung bình (có ý thức) – mỗi lần tăng 15 phút tiếp theo.	\$0
D9248: Thuốc an thần (tĩnh táo) vừa phải không tiêm tĩnh mạch. Giới hạn một lần cho mỗi ngày phục vụ.	\$0
D9310: Dịch vụ tư vấn – chẩn đoán do nha sĩ hoặc bác sĩ cung cấp chứ thay vì yêu cầu nha sĩ hoặc bác sĩ. Thủ thuật này sẽ chỉ được lập hóa đơn dưới dạng thủ thuật chẩn đoán D0120, D0140, D0150 hoặc D0160.	\$0
D9311: Tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế.	\$0
D9430: Đến văn phòng thăm khám để theo dõi (trong giờ đặt lịch cố định) – không thực hiện các dịch vụ khác. Mỗi ngày phục vụ một lần.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
D9440: Đến văn phòng thăm khám – sau giờ lên lịch cố định – mỗi ngày phục vụ một lần và chỉ khi điều trị đó là một quyền lợi.	\$0
D9910: Bôi thuốc giải mẫn cảm – chỉ dành cho răng vĩnh viễn – giới hạn một lần trong 12 tháng.	\$0
D9930: Điều trị các biến chứng (hậu phẫu thuật) – các trường hợp bất thường, theo báo cáo. Mỗi ngày phục vụ một lần.	\$0
D9986: Bỏ lỡ cuộc hẹn khám – mà không cần báo trước 24 giờ.	\$0
D9987: Hủy cuộc hẹn khám – mà không cần báo trước 24 giờ.	\$0
D9990 Dịch vụ dịch thuật hoặc ngôn ngữ ký hiệu được chứng nhận – mỗi lần thăm khám.	\$0
D9991: Quản lý trường hợp nha khoa – giải quyết các vướng mắc gây cản trở cho việc đúng hẹn.	\$0
D9992: Quản lý trường hợp nha khoa – phối hợp chăm sóc.	\$0
D9995: Nha khoa từ xa – đồng bộ; khám bệnh theo thời gian thực.	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D9996: Nha khoa từ xa – không đồng bộ; thông tin được lưu trữ và chuyển đến nha sĩ để xem xét sau đó. 	\$0
<p>Chăm sóc nha khoa trong trường hợp cấp cứu*†</p> <p>Nếu cần chăm sóc nha khoa cấp cứu, quý vị hãy liên hệ với nha sĩ DeltaCare USA được chỉ định của mình hoặc Dịch Vụ Khách Hàng của Delta Dental theo số 1-877-644-1774, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. EST, 7 ngày một tuần 1 tháng 10 – 31 tháng 3, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối EST, (Người dùng TTY vui lòng gọi 711).</p> <ul style="list-style-type: none"> Quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu được đài thọ từ nha sĩ DeltaCare USA được chỉ định của quý vị. 	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những khoản quý vị phải trả khi nhận được những dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu được đài thọ từ một nha sĩ không phải nha sĩ DeltaCare USA được chỉ định của quý vị được giới hạn ở mức \$100 cho mỗi trường hợp cấp cứu và bớt đi phần chia sẻ chi phí của quý vị. Thêm vào đó, chăm sóc cấp cứu được đài thọ chỉ giới hạn trong những chăm sóc cần thiết để ổn định và giúp giảm nhẹ tình trạng của quý vị. Ngoài ra, nếu không đáp ứng các điều kiện sau, quý vị phải chịu toàn bộ chi phí chăm sóc nha khoa: <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị đã cố gắng một cách hợp lý để liên hệ với nha sĩ DeltaCare USA được chỉ định của mình và không được xem xét trong vòng 24 giờ hoặc quý vị tin rằng tình trạng của mình khiến việc đến nha sĩ DeltaCare USA được chỉ định của mình là không hợp lý hoặc không thể thực hiện được. Nếu là hội viên mới chưa có nha sĩ được chỉ định, quý vị hãy liên hệ với (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng của Delta Dental để được trợ giúp tìm nha sĩ DeltaCare USA. • Quý vị đã gọi cho (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng của Delta Dental trước khi nhận dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu, hoặc quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu một cách hợp lý mà không cần gọi (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng để xem xét tình trạng và trường hợp của quý vị. • Yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ nha khoa cấp cứu được đài thọ phải được gửi cho Delta Dental trong vòng 90 ngày kể từ ngày điều trị trừ khi quý vị chứng minh được rằng mình không thể nộp yêu cầu thanh toán trong thời gian đó một cách hợp lý. Trong trường hợp đó, yêu cầu thanh toán phải được tiếp nhận trong vòng một năm kể từ ngày điều trị. Quý vị hãy gửi yêu cầu thanh toán đến: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023. 	<p>Quý vị phải trả bất kỳ số tiền nào vượt quá \$100 tối đa.</p>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E. Các quyền lợi được đài thọ bên ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi sẽ không đài thọ các dịch vụ sau đây, nhưng các dịch vụ này sẵn có để quý vị sử dụng thông qua chương trình trả phí của Medicare Nguyên Thủy hoặc Medi-Cal.

E1. Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)

Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (California Community Transitions, CCT) sử dụng các Tổ chức Chủ nhiệm tại địa phương để giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện và những người đã lưu trú trong cơ sở điều trị nội trú ít nhất 90 ngày liên tiếp có thể chuyển tiếp trở lại và ở lại an toàn trong môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn tiền chuyển tiếp và trong 365 ngày hậu chuyển tiếp để hỗ trợ những người thụ hưởng trở lại môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ Chức Chủ Trì CCT nào hoạt động ở quận quý vị sống. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các Tổ Chức Chủ Trì CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang mạng của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

Medi-Cal sẽ thanh toán cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp này. Quý vị không phải thanh toán cho những dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ không liên quan đến chương trình chuyển tiếp CCT của quý vị

Nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho chúng tôi cho các dịch vụ của quý vị. Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển tiếp. Quý vị không phải thanh toán cho những dịch vụ này.

Trong khi quý vị nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi trong **Phần D**.

Quyền lợi bảo hiểm thuốc sẽ không thay đổi gì

Chương trình CCT **không** đài thọ cho thuốc. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được quyền lợi về thuốc bình thường của mình thông qua chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 5** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Lưu ý: Nếu cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp ngoài CCT, quý vị hãy gọi điều phối viên dịch vụ chăm sóc của mình để thu xếp các dịch vụ. Chăm sóc chuyển tiếp ngoài CCT là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến quá trình chuyển tiếp của quý vị từ một tổ chức hoặc cơ sở.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E2. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa nhất định sẽ sẵn có thông qua Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

- Khám sơ bộ, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị florua.
- Phục hình răng và làm mão răng.
- Liệu pháp rút tủy răng.
- Hàm giả bán phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm.

[Các quyền lợi nha khoa sẵn có để sử dụng trong Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ. Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây (ban) dịch vụ khách hàng theo số **1-800-322-6384** (người dùng TTY hãy gọi **1-800-735-2922**). Cuộc gọi được miễn cước. Các đại diện của Chương Trình Dịch Vụ Nha Khoa Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng tại <https://smilecalifornia.org/> để biết thêm thông tin.

Ngoài Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ tính phí theo dịch vụ, quý vị có thể nhận được các quyền lợi nha khoa thông qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý có sẵn tại Quận Los Angeles. Nếu muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa hay muốn thay đổi các chương trình nha khoa, quý vị hãy liên hệ với Health Care Options theo số **1-800-430-4263** (người dùng TTY hãy gọi **1-800-430-7077**), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối. Cuộc gọi được miễn cước.

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ nha khoa bổ sung. Hãy truy cập Bảng Quyền Lợi trong **Phần D** để biết thêm thông tin.

E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời

Quý vị có quyền chọn cơ sở chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của cơ sở chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có tiên lượng giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị bị bệnh ở giai đoạn cuối và dự kiến chỉ còn sống được sáu tháng hoặc ít hơn. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình phải giúp quý vị tìm được các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.

Tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Phần D** để biết thêm thông tin về những khoản chúng tôi sẽ thanh toán trong khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ lập hóa đơn cho Medicare cho các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị không phải thanh toán cho những dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị

- Nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho Medicare cho các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ. Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ này.

Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ bởi quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi

- Cả dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ cùng lúc đài thọ cho thuốc. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong Cẩm Nang Hội Viên của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải cuối đời, gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ. Các dịch vụ chăm sóc ngoài chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị.

E4. Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Chương Trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể điều trị tại chính nhà của mình một cách an toàn. IHSS được coi là một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc ngoài nhà, như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc và ăn ở.
- Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt là, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (như chăm sóc ruột và bàng quang, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), kèm theo các cuộc hẹn khám và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ.
- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị.
 - Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Quận Los Angeles theo số **1-866-613-3777 (TTY 711)**.
 - Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Orange theo số **1-855-541-5411 (TTY 711)**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Quận Riverside theo số **1-877-410-8827** (TTY **711**).
- Sở Dịch Vụ cho Người Trưởng Thành và Người Cao Niên Quận San Bernardino theo số **1-909-891-3900** (TTY **711**).
- Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh San Diego theo số **1-866-262-9881** (TTY **711**)

E5. 1915(c) Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Trong Cộng Đồng (Home and Community Based Services, HCBS)

Chương Trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Sống (Assisted Living Waiver, ALW)

- Chương Trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Sống (ALW) cung cấp cho những người thụ hưởng đủ điều kiện tham gia Medi-Cal lựa chọn cư trú trong môi trường hỗ trợ sinh hoạt thay thế cho việc vào cơ sở điều dưỡng dài hạn. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho việc đưa cơ sở điều dưỡng trở lại thành một môi trường như ở nhà và cộng đồng hoặc ngăn chặn việc tiếp nhận điều dưỡng chuyên môn cho những người thụ hưởng sắp có nhu cầu vào cơ sở điều dưỡng.
- Các hội viên đã đăng ký ALW và đã được chuyển sang Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal có thể tiếp tục đăng ký ALW trong khi vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với Cơ Quan Điều Phối Chăm Sóc ALW của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký ALW.

Chương Trình Miễn Trừ HCBS cho Người Dân California bị Khuyết Tật Phát Triển (HCBS-DD)

Chương Trình Miễn Trừ cho Cá Nhân bị Khuyết Tật Phát Triển trong California Self-Determination Program (SDP)

- Có hai chương trình miễn trừ 1915(c), Chương Trình Miễn Trừ HCBS-DD và Chương Trình Miễn Trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho những người đã được chẩn đoán mắc khuyết tật phát triển bắt đầu trước ngày sinh nhật thứ 18 của cá nhân đó và dự kiến sẽ tiếp tục vô thời hạn. Cả hai chương trình miễn trừ là một cách để tài trợ cho một số dịch vụ cho phép người mắc khuyết tật phát triển sống tại nhà hoặc trong cộng đồng thay vì cư trú tại một cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho những dịch vụ này được tài trợ chung bởi chương trình Medicaid của chính quyền liên bang và Tiểu Bang California. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp kết nối quý vị với các dịch vụ có áp dụng Chương Trình Miễn Trừ DD.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương Trình Miễn Trừ Thay Thế Tại Nhà và Dựa Vào Cộng Đồng (HCBA)

- Chương Trình Miễn Trừ HCBA cung cấp các dịch vụ quản lý chăm sóc cho những người có nguy cơ phải vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc. Các dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi Nhóm Quản Lý Chăm Sóc đa ngành bao gồm y tá và nhân viên xã hội. Nhóm điều phối các dịch vụ Miễn Trừ và Chương Trình Tiểu Bang (như y tế, sức khỏe hành vi, Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, v.v.), đồng thời sắp xếp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn khác có sẵn trong cộng đồng địa phương. Các dịch vụ quản lý chăm sóc và Chương Trình Miễn Trừ được cung cấp tại nơi cư trú dựa trên cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể thuộc sở hữu tư nhân, được bảo đảm thông qua thỏa thuận cho người thuê nhà hoặc là nơi cư trú của thành viên gia đình của người tham gia.
- Các hội viên đã đăng ký Chương Trình Miễn Trừ HCBA và đã được chuyển sang Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Miễn Trừ HCBA trong khi vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan chương trình miễn trừ HCBA của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký ALW.

Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) cung cấp dịch vụ quản lý trường hợp toàn diện và dịch vụ chăm sóc trực tiếp cho những người nhiễm HIV như một giải pháp thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý trường hợp là hình thức chăm sóc theo đội ngũ, lấy người tham gia làm trung tâm bao gồm một y tá đã đăng ký và nhân viên quản lý trường hợp công tác xã hội. Các nhân viên quản lý trường hợp làm việc với người tham gia và (các) nhà cung cấp chăm sóc chính, gia đình, người chăm sóc và các nhà cung cấp dịch vụ khác, để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ người tham gia ở nhà và cộng đồng của họ.
- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp các dịch vụ tại nhà và cộng đồng cho những người nhiễm HIV, là những người có thể cần các dịch vụ tại cơ sở; (2) hỗ trợ người tham gia quản lý sức khỏe HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ sức khỏe hành vi và xã hội và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ các dịch vụ trùng lặp.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các hội viên đã đăng ký Chương Trình Miễn Trừ MCWP và đã được chuyển sang Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Miễn Trừ MCWP trong khi vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan chương trình miễn trừ MCWP của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký MCWP.

Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Niên (MSSP) cung cấp cả dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe và xã hội để hỗ trợ các cá nhân ở lại nhà riêng và cộng đồng của họ.
- Mặc dù hầu hết những người tham gia chương trình cũng nhận được Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, MSSP cung cấp điều phối dịch vụ chăm sóc liên tục, liên kết những người tham gia với các nguồn lực và dịch vụ cộng đồng cần thiết khác, phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết không có sẵn để ngăn chặn hoặc trì hoãn việc đưa vào cơ sở chăm sóc sức khỏe. Tổng chi phí kết hợp hàng năm cho việc quản lý dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí nhận được dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Một nhóm các chuyên gia y tế và dịch vụ xã hội cung cấp cho mỗi người tham gia MSSP một bản đánh giá sức khỏe và tâm lý xã hội đầy đủ để xác định các dịch vụ cần thiết. Sau đó, nhóm làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ và những người khác để phát triển một chương trình chăm sóc cá nhân. Các dịch vụ bao gồm:
 - Chương trình quản lý chăm sóc sức khỏe.
 - Chăm sóc ban ngày cho người lớn.
 - Sửa chữa/bảo trì nhà ở mức độ nhẹ.
 - Dịch vụ làm việc nhà, chăm sóc cá nhân và giám sát bảo vệ bổ sung.
 - Dịch vụ thay thế để tạm nghỉ.
 - Dịch vụ chuyên chở.
 - Dịch vụ cố vấn và trị liệu.
 - Dịch vụ ăn uống.
 - Dịch vụ truyền thông.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các hội viên đã đăng ký Chương Trình Miễn Trừ MSSP và đã được chuyển sang Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Miễn Trừ MSSP trong khi vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với nhà cung cấp MSSP của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký MSSP.

E6. Dịch vụ thẩm định của Cơ Quan Giáo Dục Địa Phương (“Local Education Agency, LEA”)

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe không chịu trách nhiệm bảo hiểm cho các dịch vụ thẩm định LEA như được ấn định trong Tiêu điểm 22 CCR Mục 51360 (b) khi chúng được cung cấp cho một hội viên đủ điều kiện nhận các dịch vụ LEA dựa trên Tiêu điểm 22 CCR Mục 51190.1.

E7. Các dịch vụ LEA như được chỉ định trong Tiêu đề 22 CCR Mục 51360

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe không chịu trách nhiệm bảo hiểm cho các dịch vụ LEA được cung cấp theo Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân Hóa (IEP) như được ấn định trong Bộ Luật Giáo Dục, Mục 56340 và tiếp theo hoặc Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân Hóa (IFSP) được ấn định trong Bộ Luật Chính Phủ Mục 95020, hay các dịch vụ LEA được cung cấp theo như Chương Trình Hỗ Trợ Sức Khỏe Cá Nhân Hóa (IHSP), mô tả tại Tiêu điểm 22 CCR Mục 51360.

E8. Các dịch vụ phòng xét nghiệm được cung cấp theo chương trình xét nghiệm alpha-fetoprotein huyết thanh của Tiểu Bang

Bảo hiểm cho các dịch vụ trong chương trình xét nghiệm alpha-fetoprotein huyết thanh của Tiểu Bang sẽ thông qua FFS Medi-Cal.

E9. Cầu nguyện hoặc chữa lành tâm linh

Các dịch vụ cầu nguyện hoặc chữa lành theo phương thức tâm linh như được ấn định trong Tiêu điểm 22 CCR Phần 51312 sẽ sẵn có thông qua FFS Medi-Cal. Vui lòng liên hệ với quận của quý vị để biết thêm thông tin về cách tiếp cận các dịch vụ này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

F. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ

Phần này cho quý vị biết về các quyền lợi bị loại trừ ra khỏi chương trình của chúng tôi. “Bị loại trừ” nghĩa là chúng tôi sẽ không thanh toán cho những quyền lợi này. Medicare và Medi-Cal cũng sẽ không thanh toán cho những quyền lợi đó.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và hạng mục không được chúng tôi đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào và một số dịch vụ bị chúng tôi loại trừ trong một số trường hợp.

Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các quyền lợi y tế bị loại trừ được liệt kê trong phần này (hoặc bất kỳ phần nào trong **Cẩm Nang Hội Viên** này) ngoại trừ các điều kiện cụ thể được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận các dịch vụ tại một cơ sở cấp cứu, chương trình này cũng sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Nếu quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi phải thanh toán cho một dịch vụ không được đài thọ, quý vị có thể khiếu nại. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc giới hạn nào được mô tả trong Bảng Quyền Lợi, chương trình của chúng tôi sẽ không đài thọ cho các hạng mục và dịch vụ sau:

- Các dịch vụ được coi là không “hợp lý và cần thiết về mặt y tế” theo Medicare và Medi-Cal, trừ khi chúng tôi liệt kê những dịch vụ này là các dịch vụ được đài thọ. Các trường hợp loại trừ này không áp dụng cho các dịch vụ hoặc hạng mục không được Original Medicare đài thọ nhưng lại được chương trình của chúng tôi đài thọ.
- Các thủ thuật mang tính thử nghiệm về y khoa và phẫu thuật, vật dụng và thuốc men. Các thủ thuật và vật liệu mang tính thử nghiệm là những vật liệu và thủ thuật được Original Medicare xác định để không bị chấp nhận chung bởi cộng đồng y tế. Có thể được đài thọ bởi Original Medicare trong một nghiên cứu lâm sàng được Medicare hay chương trình chúng tôi chấp thuận. (Hãy tham khảo Chương 3 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng.)
- Phòng riêng trong bệnh viện, trừ trường hợp cần thiết về mặt y tế.
- Y tá trực riêng.
- Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị.
- Chi phí sẽ do người thân hoặc thành viên trong gia đình của quý vị chi trả.
- Các thủ thuật hoặc dịch vụ nâng cao tự chọn hay tự nguyện (bao gồm giảm cân, rụng tóc hoặc mọc tóc, cải thiện chức năng tình dục, hoạt động thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và hoạt động trí óc), trừ khi cần thiết về mặt y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương, ngoài việc nắn chỉnh cột sống bằng tay phù hợp với các hướng dẫn về phạm vi bảo hiểm.
- Chăm sóc bàn chân định kỳ, ngoại trừ được mô tả trong “Dịch vụ điều trị bệnh chân” tại Bảng Quyền Lợi ở Mục D.
- Giày chỉnh hình hoặc thiết bị hỗ trợ, trừ khi giày thuộc một phần của vòng nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp, hoặc giày dành cho người bị loét bàn chân do tiểu đường.
- Phẫu thuật điều chỉnh thị lực (ví dụ: phẫu thuật LASIK).
- Đảo ngược thủ thuật triệt sản. Lưu ý rằng các sản phẩm ngừa thai không kê đơn được Medi-Cal Rx chi trả.
- Dịch vụ Naturopath (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế khác).
- Dịch vụ được cung cấp cho các cựu chiến binh trong các cơ sở của Cựu chiến binh (VA). Tuy nhiên, khi một cựu chiến binh nhận dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và phần chia sẻ chi phí VA nhiều hơn mức chia sẻ chi phí theo chương trình của chúng tôi thì chúng tôi sẽ hoàn lại phần chênh lệch cho cựu chiến binh đó. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm về phần chia sẻ chi phí của mình.
- Các buổi khám và dịch vụ nhất định:
 - Để có hoặc giữ việc làm
 - Để có bảo hiểm
 - Để lấy bất kỳ loại giấy phép hành nghề nào
 - Theo lệnh của tòa án, hoặc cho tạm tha hoặc quản chế
 - Trường hợp loại trừ này không áp dụng nếu một bác sĩ trong mạng lưới nhận thấy rằng các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.
- Các vật dụng tiện nghi hoặc tiện lợi. Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal không đảm bảo sự thoải mái, tiện lợi hoặc thiết bị hay tính năng sang trọng. Chúng chỉ bao gồm các hạng mục nhằm mục đích tạo sự thoải mái hoặc tiện lợi cho một hội viên, thành viên gia đình của hội viên, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của hội viên đó. Quy tắc loại trừ này không áp dụng cho máy hút sữa cấp bán lẻ được cung cấp cho phụ nữ sau khi mang thai. Trường hợp loại trừ này cũng không áp dụng cho các vật dụng mà quý vị được chấp thuận sử dụng theo như Hỗ Trợ Cộng Đồng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các dịch vụ hoặc thủ thuật thẩm mỹ. Trường hợp loại trừ này cũng không áp dụng cho những thủ thuật sau:
 - Cấy ghép tinh hoàn nếu thủ thuật này là một phần của phẫu thuật tái tạo được đài thọ.
 - Cần có bộ phận giả vú sau thủ thuật cắt bỏ toàn bộ vú hoặc phẫu thuật cắt bỏ khối u ở vú.
 - Các bộ phận giả để thay thế toàn bộ hay một phần của bộ phận bên ngoài cơ thể, trên khuôn mặt.
- Nguồn tiếp liệu dùng một lần. Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal không bao gồm các nguồn tiếp liệu dùng một lần và sử dụng tại nhà sau đây: băng, gạc, băng keo, thuốc sát trùng, vải ga băng bó và băng loại Ace. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho các nguồn tiếp liệu dùng một lần được cung cấp như một phần của các quyền lợi được mô tả trong **Chương 4** (“Quyền lợi và dịch vụ”) thuộc **Cẩm Nang Hội Viên** này:
 - Điều trị lọc máu/thẩm tách máu.
 - Dụng cụ y tế lâu bền.
 - Chăm sóc sức khỏe tại nhà.
 - Cơ sở chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
 - Tiếp liệu y tế, thiết bị và đồ dùng y tế.
 - Thuốc theo toa.
 - Các bộ phận giả và tiếp liệu liên quan.
- Dịch vụ thai sản:
 - Dịch vụ đảo ngược các thủ thuật bảo tồn khả năng sinh sản và triệt sản tự nguyện có phẫu thuật.
 - Thụ thai bằng phương pháp nhân tạo, chẳng hạn như thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển giao tử vào vòi trứng, cấy ghép noãn và phương pháp chuyển giao tử vào ống dẫn trứng (ngoại trừ thụ tinh nhân tạo hay các dịch vụ liên quan được Medicare đài thọ).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các vật dụng và dịch vụ không phục vụ mục đích chăm sóc sức khỏe trừ khi chúng được chấp thuận trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị theo chương trình ILOS hoặc Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền. Ví dụ: chúng tôi không đài thọ:
 - Dạy cách cư xử và phép xã giao.
 - Dịch vụ giảng dạy và hỗ trợ để phát triển các kỹ năng lập kế hoạch như lập kế hoạch sinh hoạt hàng ngày và lập kế hoạch để thực hiện dự án hoặc nhiệm vụ.
 - Các vật dụng và dịch vụ nhằm mục đích nâng cao kiến thức hoặc kỹ năng học thuật.
 - Dịch vụ giảng dạy và hỗ trợ để tăng trí thông minh.
 - Dạy học hoặc dạy kèm cho các kỹ năng như ngữ pháp, toán học và quản lý thời gian.
 - Dạy quý vị cách đọc, cho dù quý vị có mắc chứng khó đọc hay không.
 - Kiểm tra giáo dục.
 - Dạy nghệ thuật, khiêu vũ, cưỡi ngựa, âm nhạc, chơi đàn hoặc bơi lội, ngoại trừ trường hợp loại trừ “dạy vui chơi” sẽ không áp dụng cho các dịch vụ nằm trong kế hoạch điều trị liệu pháp sức khỏe hành vi đã được đài thọ tại Chương 4.
 - Dạy kỹ năng phục vụ mục đích việc làm hoặc nghề nghiệp.
 - Dạy nghề hoặc dạy kỹ năng nghề nghiệp.
 - Các khóa học nâng cao nghiệp vụ.
 - Đào tạo cho công việc cụ thể hoặc tư vấn việc làm.
- Các sửa đổi đối với nhà hoặc ô tô của quý vị, trừ khi chúng là những thay đổi tạm thời được xác định là cần thiết về mặt y tế hoặc được chấp thuận để quý vị sử dụng theo Hỗ Trợ Cộng Đồng.
- Phương pháp trị liệu dưới nước và những phương pháp trị liệu bằng nước khác. Trường hợp loại trừ đối với liệu pháp thủy sinh và liệu pháp liên quan đến nước khác này sẽ không áp dụng đối với các dịch vụ trị liệu nằm trong kế hoạch điều trị vật lý trị liệu, đồng thời được đài thọ như một phần của những quyền lợi sau:
 - Chăm sóc sức khỏe tại nhà.
 - Cơ sở chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các dịch vụ phục hồi chức năng và tái phục hồi chức năng.
- Dịch vụ cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Trị liệu bằng xoa bóp. Trường hợp loại trừ này sẽ không áp dụng đối với các dịch vụ trị liệu nằm trong kế hoạch điều trị vật lý trị liệu, đồng thời được đài thọ như một phần của các quyền lợi sau:
 - Chăm sóc sức khỏe tại nhà.
 - Cơ sở chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
 - Các dịch vụ phục hồi chức năng và tái phục hồi chức năng.
 - Dịch vụ cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Các dịch vụ chăm sóc cá nhân (chăm sóc sinh hoạt hàng ngày), chẳng hạn như trợ giúp trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ví dụ: đi lại, ra vào giường, tắm rửa, mặc quần áo, cho ăn, đi vệ sinh và uống thuốc). Trường hợp loại trừ này không áp dụng đối với việc hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày đã được cung cấp như một phần của phạm vi bảo hiểm theo như mô tả trong các phần sau:
 - Cơ sở chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
 - Dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc dài hạn.
 - Dịch vụ chăm sóc có điều dưỡng chuyên môn/dịch vụ chăm sóc tại cơ sở trung cấp/bán cấp tính.
 - Hỗ trợ Cộng Đồng.
- Những dịch vụ không được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ chấp thuận. Chúng tôi không đài thọ cho các loại thuốc, thực phẩm chức năng, các xét nghiệm, vắc-xin, thiết bị, vật liệu phóng xạ và bất kỳ dịch vụ nào khác theo luật phải yêu cầu Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Liên Bang (“FDA”) phê duyệt để được bán ở Hoa Kỳ nhưng không được FDA chấp thuận. Quy tắc loại trừ này không áp dụng cho các trường hợp sau:
 - Dịch vụ được đài thọ trong phạm vi Thử Nghiệm Lâm Sàng.
 - Dịch vụ được cung cấp thuộc một phần của các dịch vụ thử nghiệm được đài thọ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Dịch vụ được thực hiện bởi đối tượng không có giấy phép. Phạm vi bảo hiểm nói chung không bao gồm những dịch vụ mà các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không có giấy phép hay chứng chỉ được tiểu bang công nhận tiến hành dù cho có đảm bảo về tính an toàn và hiệu quả hay tình trạng của hội viên không cần thiết phải yêu cầu sử dụng dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép. Tuy nhiên, trường hợp loại trừ này không áp dụng cho những dịch vụ sau:
 - Các dịch vụ được đài thọ trong Chương 4 của Cẩm Nang Hội Viên.
 - Dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng Được Đài Thọ đã phê duyệt cho quý vị sử dụng.
 - Dịch vụ trợ lý hộ sinh được đài thọ.
 - Dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng được đài thọ.
- Các dịch vụ liên quan đến dịch vụ không được đài thọ. Khi một dịch vụ không được đài thọ, tất cả các dịch vụ liên quan đến dịch vụ không được đài thọ sẽ bị loại trừ. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho việc điều trị các biến chứng do dịch vụ không được đài thọ gây nên, ngược lại, các biến chứng đó sẽ được đài thọ. Ví dụ, nếu quý vị phẫu thuật thẩm mỹ không được đài thọ, chúng tôi sẽ không đài thọ cho các dịch vụ mà quý vị nhận được để chuẩn bị cho phẫu thuật hoặc chăm sóc theo dõi. Nếu quý vị gặp phải biến chứng đe dọa tính mạng như nhiễm trùng nghiêm trọng, trường hợp loại trừ này sẽ không được áp dụng và chúng tôi sẽ đài thọ các dịch vụ cần thiết để điều trị biến chứng, miễn là các dịch vụ đó được đài thọ theo Cẩm Nang Hội Viên này.
- Công tác quản lý trường hợp ngộ độc chì ở trẻ em được cung cấp bởi các sở y tế quận. Vui lòng liên hệ với quận hạt của quý vị để biết thêm thông tin về các dịch vụ quản lý trường hợp ngộ độc chì.

Các Trường Hợp Loại Trừ của DeltaCare USA

Nếu dịch vụ cho một thủ thuật được liệt kê được thực hiện bởi nha sĩ theo hợp đồng được chỉ định, người ghi danh sẽ trả tiền đồng trả được xác định. Các thủ thuật liệt kê đòi hỏi một nha sĩ phải cung cấp dịch vụ chuyên khoa và được giới thiệu bởi nha sĩ theo hợp đồng được chỉ định, phải được Delta Dental cho phép. Người ghi danh trả tiền đồng trả được quy định cho các dịch vụ đó.

Những dịch vụ và hạng mục sau đây không được đài thọ trong phần quyền lợi nha khoa DeltaCare USA của quý vị:

- Bất kỳ thủ thuật nào không được liệt kê cụ thể trong phần “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này.
- Tất cả các lệ phí liên quan đến nhập viện, sử dụng hoặc nằm viện, trung tâm phẫu thuật ngoại trú, cơ sở chăm sóc mở rộng hoặc cơ sở chăm sóc tương tự khác.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Mất hoặc mất cấp toàn bộ răng giả, bộ phận giữ khoảng và mào răng.
- Các chi phí nha khoa phát sinh liên quan đến bất kỳ thủ thuật nha khoa nào thực hiện sau khi chấm dứt tư cách hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm.
- Chi phí nha khoa phát sinh liên quan đến bất kỳ thủ thuật nha khoa nào trước khi người tham gia hội đủ điều kiện tham gia chương trình nha khoa trả trước. Ví dụ bao gồm: răng chuẩn bị để tạo mào, mào sứ và răng giả, thủ thuật rút tủy răng đang trong giai đoạn tiến hành.
- Dị tật bẩm sinh (ví dụ như mất răng bẩm sinh, răng thừa, loạn sản men răng và ngà răng, v.v.) trừ khi được đưa vào phần “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này.
- Phát các loại thuốc thường không được cung cấp tại cơ sở nha khoa trừ khi được đưa vào trong phần “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này.
- Bất kỳ thủ thuật nào theo ý kiến chuyên môn của nha sĩ hợp đồng, bác sĩ chuyên khoa hợp đồng hoặc cố vấn viên chương trình nha khoa:
 - Có tiên lượng xấu đối với kết quả thành công và tuổi thọ hợp lý dựa trên tình trạng của một răng hoặc nhiều răng và/hay các cấu trúc xung quanh, hoặc
 - Là không phù hợp với tiêu chuẩn được chấp nhận rộng rãi trong nha khoa.
- Các dịch vụ nha khoa nhận được từ bất kỳ cơ sở nha khoa nào khác với nha sĩ hợp đồng được chỉ định bao gồm các dịch vụ của chuyên gia nha khoa trừ khi có văn bản rõ ràng xác định được cho phép trước hoặc như được trích dẫn trong “Chăm sóc nha khoa cấp cứu” tại “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này. Để nhận được văn bản phê duyệt, người tham gia nên gọi cho (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng theo số **1-877-644-1774**, Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. EST, 7 ngày một tuần 1 tháng 10 – 31 tháng 3, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối EST, (Người dùng TTY hãy gọi số **711**).
- Tư vấn cho các quyền lợi không được đòi hỏi.
- Việc phục hình chỉ được thực hiện nếu có vấn đề về thẩm mỹ, mòn răng do áp lực, mòn răng cơ học do tác động bên ngoài, mòn răng do tác động hóa học, phục hồi răng hoặc thay đổi kích thước dọc, dị tật răng bẩm sinh hoặc răng phát triển dị tật.
- Các thủ thuật phòng ngừa, nội nha hoặc phục hồi không giúp ích cho việc giữ lại răng trong quá trình trồng răng giả.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các khí cụ hoặc dụng cụ phục hình cần thiết để tăng kích thước dọc, thay thế hoặc ổn định tình trạng mất cấu trúc răng do mòn răng, sắp xếp lại răng, nẹp nha chu, lấy mẫu răng, cân bằng hoặc điều trị rối loạn khớp thái dương hàm (TMJ), trừ khi được liệt kê trong “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này.
- Chương trình điều trị ban đầu sẽ bao gồm việc loại bỏ và tái lập các điểm tiếp xúc mặt nhai của 10 răng trở lên kèm mào răng, thủ thuật này được định nghĩa là tái tạo toàn bộ khuôn miệng theo chương trình nha khoa trả trước. Mào răng được chỉ định trong chương trình điều trị này không nằm trong quyền lợi được đài thọ. Việc loại trừ này không loại bỏ quyền lợi cho các dịch vụ được đài thọ khác.
- Kim loại quý cho các khí cụ hàm tháo lắp, hàm kim loại hoặc hàm nhựa mềm vĩnh viễn để hoàn chỉnh hàm răng giả, răng giả bằng sứ, cá nhân hóa các đặc điểm của hàm răng giả hoàn chỉnh.
- Nhổ răng, khi răng không có triệu chứng/không bệnh lý (không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh lý hoặc nhiễm trùng), bao gồm nhưng không giới hạn ở việc nhổ răng khôn.
- Các phương thức điều trị sự hoạt động khác thường của khớp thái dương hàm liên quan đến phục hình răng miệng, nắn chỉnh răng và phục hồi chức năng toàn bộ khớp cắn hoặc một phần hay các thủ thuật rối loạn chức năng TMJ chỉ dành để điều trị chứng nghiến răng.
- Thủ thuật tạo hình tiền đình miệng/mở rộng cung răng được thực hiện trên cùng một cung răng và cùng ngày với dịch vụ nhổ răng (D7111-D7250).
- Làm giảm đau sâu/gây mê toàn thân cho các thủ thuật được đài thọ trong cùng ngày sử dụng dịch vụ như giảm đau, giải lo âu, hít nitơ oxit hoặc để giảm đau/an thần tĩnh qua đường tĩnh mạch.
- Giảm đau/an thần tĩnh qua đường tĩnh mạch cho các thủ thuật được đài thọ vào cùng ngày sử dụng dịch vụ như giảm đau, giải lo âu, hít nitơ oxit hoặc để giảm đau sâu/gây mê toàn thân.
- Hít nitơ oxit khi được thực hiện với các thủ thuật giảm đau được đài thọ khác.
- Điều trị chỉnh nha phải được cung cấp bởi một nha sĩ được cấp phép. Dịch vụ chỉnh nha tự chỉ định Không đài thọ.
- Tháo các khí cụ chỉnh nha cố định vì các lý do khác ngoài kết thúc điều trị không nằm trong quyền lợi được đài thọ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các giới hạn của DeltaCare USA

Các dịch vụ và hạng mục sau đây bị giới hạn trong quyền lợi nha khoa DeltaCare USA của quý vị:

- Tần suất của một số quyền lợi nhất định sẽ bị hạn chế. Tất cả các giới hạn về tần suất được liệt kê trong phần “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này.
- Trám răng là quyền lợi giúp loại bỏ sâu răng, sửa chữa nhỏ cấu trúc răng hoặc thay thế miếng trám răng bị mất.
- Mão răng là quyền lợi sử dụng khi không có đủ cấu trúc răng để hỗ trợ chất trám răng hoặc để thay thế mão răng hiện tại không còn hoạt động hiệu quả hoặc không thể phục hình và đáp ứng giới hạn 5 năm.
- Việc thay thế mão răng hiện có hoặc hàm răng giả toàn phần có thể tháo lắp sẽ được đài thọ khi:
 - Việc phục hình/hàm răng giả hiện tại không còn hoạt động đúng chức năng và không thể hoạt động bằng cách sửa chữa hoặc điều chỉnh, hay
 - Việc phục hình/hàm răng giả hiện không còn hoạt động đúng chức năng và đã được lắp từ 5 năm trở lên trước khi thay thế.
- Hàm giả bán phần tạm thời, kết hợp với các khí cụ cố định hoặc tháo lắp, bị giới hạn trong việc thay thế răng cửa đã nhỏ cho người trưởng thành trong thời gian lành thương khi răng không thể thêm vào một hàm răng giả bán phần hiện có.
- Các quyền lợi đối với chương trình quản lý mô nướu có những giới hạn riêng, đã được liệt kê trong các dịch vụ được đài thọ tại “Chăm Sóc Nha Khoa Bổ Sung (Chương Trình DeltaCare® USA Dental HMO)” trong chương này. Nếu người ghi danh từ chối các dịch vụ không được đài thọ trong chương trình quản lý mô nướu, điều đó không loại bỏ hoặc thay đổi các quyền lợi được đài thọ khác.
- Một hàm răng giả hoàn chỉnh mới có thể tháo lắp hoặc hàm răng giả có ngay lập tức được đài thọ bao gồm điều chỉnh sau khi giao hàng và ổn định mô nướu mà không tốn thêm chi phí trong sáu tháng đầu tiên sau khi lắp nếu người đăng ký tiếp tục hội đủ điều kiện và sử dụng dịch vụ do cơ sở nha sĩ hợp đồng giao lắp hàm răng giả ban đầu cung cấp.
- Các quyền lợi được giới hạn ở chụp ảnh X-quang toàn diện trong miệng (D0210) hoặc chụp ảnh X-quang toàn cảnh (D0330) mỗi năm dương lịch.
- Hình ảnh toàn diện trong miệng có thể bao gồm bất kỳ kết hợp nào giữa chụp răng và cánh cắn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Hình ảnh toàn cảnh không được coi là một phần của chụp toàn diện trong miệng.
- Không chụp khớp cắn dưới bất kỳ hình thức nào trong vòng 6 tháng kể từ khi chụp toàn diện trong miệng trừ khi được bảo đảm bởi các trường hợp đặc biệt.
- Hàm răng giả có ngay lập tức sẽ được đài thọ khi có một hoặc nhiều điều kiện sau:
- Sâu răng lan rộng hoặc không kiểm soát được thể hiện trên phim chụp X-quang, hoặc
- Liên quan đến nướu răng nặng hoặc
- Thiếu nhiều răng dẫn đến giảm khả năng ăn nhai, ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người tham gia.
- Quý vị chỉ có quyền lợi dịch vụ cấy ghép khi các tình trạng y tế đặc biệt được ghi nhận, có sự xem xét mức độ cần thiết về mặt y tế và được cho phép trước. Các tình trạng y tế đặc biệt bao gồm, nhưng không giới hạn ở:
 - Ung thư khoang miệng cần phẫu thuật cắt bỏ và/hoặc bức xạ dẫn đến phá hủy xương ổ răng, khiến các cấu trúc xương còn lại không thể hỗ trợ phục hình răng thông thường.
 - Teo nghiêm trọng xương hàm dưới và/hoặc xương hàm trên mà không thể sửa chữa bằng các thủ thuật mở rộng tiền đình hoặc các thủ thuật nâng cơ, và người tham gia không thể hoạt động chức năng bình thường khi sử dụng bộ phận giả thông thường.
 - Các dị dạng xương ngăn cản việc sử dụng bộ phận giả thông thường (chẳng hạn như bệnh khớp, loạn sản ngoại bì, chứng loạn sản một phần và loạn sản xương sọ).
- Một số thủ thuật được liệt kê do bác sĩ chuyên khoa thực hiện có thể được coi là thủ thuật chính trong phạm vi bảo hiểm y tế của người tham gia. Quyền lợi nha khoa sẽ được điều phối cho phù hợp.
- Thuốc an thần sâu/gây mê toàn thân hoặc thuốc giảm đau/an thần tình qua đường tĩnh mạch cho các thủ thuật được đài thọ yêu cầu tài liệu chứng minh sự cần thiết về mặt y tế dựa trên hạn chế về tinh thần hoặc thể chất hay chống chỉ định với thuốc gây mê cục bộ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Việc sử dụng làm giảm đau sâu/gây mê toàn thân (D9223), oxit nitơ (D9230), thuốc giảm đau/an thần tĩnh qua đường tĩnh mạch (D9243) và thuốc điều trị không qua đường tiêu hóa (D9610) là một quyền lợi đi kèm với các thủ thuật liên quan phải thanh toán. Việc ủy quyền trước hoặc thanh toán sẽ bị từ chối nếu tất cả các thủ tục liên quan do một nhà cung cấp thực hiện bị từ chối. Chỉ phải thanh toán cho một thủ thuật gây mê trong một ngày làm dịch vụ bất kể phương pháp sử dụng hoặc loại thuốc được sử dụng.
- Việc sử dụng thuốc an thần tĩnh không qua đường tĩnh mạch (D9248) yêu cầu tài liệu chứng minh sự cần thiết về mặt y tế dựa trên tình trạng thể chất, hành vi, mức độ phát triển hoặc cảm xúc ngăn bệnh nhân phản ứng với nỗ lực thực hiện điều trị của nhà cung cấp dịch vụ. Không khuyến khích trong cùng một ngày sử dụng dịch vụ như làm giảm đau sâu/gây mê toàn thân (D9223), giảm đau, giải lo âu, hít oxit nitơ (D9230) hoặc giảm đau/an thần tĩnh qua đường tĩnh mạch (D9243) hoặc khi tất cả các thủ thuật liên quan trong cùng ngày sử dụng dịch vụ do cùng một nhà cung cấp thực hiện bị từ chối.
- Điều trị các biến chứng (sau phẫu thuật) - các trường hợp bất thường, theo báo cáo (D9930) là quyền lợi hỗ trợ việc điều trị ổ răng khô hoặc chảy máu quá nhiều trong vòng 30 ngày kể từ ngày thực hiện nhổ răng hoặc để loại bỏ các mảnh xương trong vòng 30 ngày kể từ ngày thực hiện dịch vụ nhổ răng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 5: Lấy thuốc theo toa khi quý vị điều trị ngoại trú

Phân Giới Thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để quý vị lấy thuốc theo toa khi điều trị ngoại trú. Đây là những loại thuốc mà nhà cung cấp của quý vị đặt hàng cho quý vị từ một nhà thuốc hoặc đặt mua qua bưu điện. Chúng bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và Medi-Cal. **Chương 6** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này sẽ cho quý vị biết quý vị phải thanh toán những phần nào cho các loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chúng tôi cũng đề cập đến các loại thuốc sau, mặc dù chúng không được thảo luận trong chương này:

- Thuốc được Medicare Phần A đài thọ. Chúng bao gồm các loại thuốc được cung cấp cho quý vị khi quý vị đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- Thuốc được Medicare Phần B đài thọ. Chúng bao gồm một số loại thuốc hóa trị liệu, một số loại thuốc được tiêm cho quý vị khi đến khám tại văn phòng có bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác, và các loại thuốc quý vị được tiêm tại phòng khám thăm tách. Để tìm hiểu thêm về những loại thuốc Medicare Phần B được đài thọ, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi ở **Chương 4** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Ngoài bảo hiểm Medicare Phần D và quyền lợi y tế của chương trình, thuốc của quý vị có thể được Original Medicare đài thọ nếu quý vị đang ở trong cơ sở chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Mục F** “Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận.”

Các quy tắc về phạm vi bảo hiểm thuốc khi quý vị điều trị ngoại trú trong chương trình của chúng tôi

Chúng tôi thường đài thọ thuốc cho quý vị miễn là quý vị tuân theo các quy tắc trong phần này.

1. Quý vị phải nhờ bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác kê toa thuốc cho quý vị, và toa thuốc này phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường sẽ là nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Họ cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu PCP của quý vị đã giới thiệu quý vị đến chăm sóc.
2. Người kê toa cho quý vị **không được** nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Phòng Trừ Trước của Medicare hoặc bất kỳ danh sách Medi-Cal nào tương tự.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

3. Thường quý vị phải dùng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của quý vị.
4. Thuốc được kê toa của quý vị phải nằm trong **Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ** của chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.
 - Nếu thuốc không có trong Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể đãi thọ nó bằng cách cho quý vị một ngoại lệ.
 - Hãy tham khảo Chương 9 để tìm hiểu cách yêu cầu đưa ra ngoại lệ.
 - Cũng xin lưu ý rằng việc yêu cầu đãi thọ loại thuốc kê toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal.
5. Thuốc của quý vị phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Bác sĩ của quý vị có thể giúp quý vị xác định tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc theo toa.

Chương 5 Mục Lục

A. Lấy thuốc theo toa	169
A1. Mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.....	169
A2. Sử dụng Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của quý vị khi quý vị mua thuốc theo toa	169
A3. Phải làm gì nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình	169
A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới	170
A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa	170
A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để lấy thuốc.....	170
Đặt mua thuốc theo toa qua bưu điện.....	171
Quy trình đặt mua qua bưu điện	171
A7. Nhận nguồn cung thuốc dài hạn	172
A8. Về việc sử dụng nhà thuốc không có trong mạng lưới chương trình của chúng tôi	173
A9. Hoàn tiền một toa thuốc cho quý vị.....	174

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

B.	Danh Sách Thuốc trong chương trình của chúng tôi	174
B1.	Các loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.....	174
B2.	Cách tìm một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi	175
B3.	Các loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.....	175
C.	Giới hạn đối với một vài loại thuốc.....	177
D.	Những lý do khiến thuốc của quý vị không được đài thọ	178
D1.	Nhận nguồn cung thuốc tạm thời.....	179
D2.	Yêu cầu cung cấp tạm thời	180
D3.	Yêu cầu một ngoại lệ	181
E.	Thay đổi phạm vi bảo hiểm cho thuốc của quý vị	181
F.	Phạm vi bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt	183
F1.	Lưu trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi đài thọ	183
F2.	Lưu trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn.....	184
F3.	Lưu trú tại cơ sở chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận	184
G.	Các chương trình về an toàn dược phẩm và quản lý thuốc.....	185
G1.	Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc một cách an toàn	185
G2.	Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc	185
G3.	Chương trình quản lý thuốc để sử dụng an toàn các dạng thuốc opioid	186

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A. Lấy thuốc theo toa

A1. Mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ thanh toán cho các toa thuốc được mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc đồng ý lấy các loại thuốc theo toa cho những hội viên trong chương trình. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, hãy tham khảo **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp**, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

A2. Sử dụng Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của quý vị khi quý vị mua thuốc theo toa

Để mua thuốc theo toa, **quý vị hãy xuất trình Thẻ Số Nhận dạng (thẻ ID) Hội Viên** tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ lập hóa đơn phần chia sẽ chi phí thuốc theo toa được đài thọ của quý vị cho chúng tôi. Quý vị có thể phải trả cho nhà thuốc một khoản tiền đồng trả khi quý vị lấy toa thuốc của mình.

Hãy nhớ rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Định Danh Quyền Lợi (BIC) để tiếp cận các loại thuốc được Medi-Cal Rx đài thọ.

Nếu quý vị không mang theo Thẻ Số Nhận dạng (thẻ ID) Hội Viên hay thẻ BIC khi mua thuốc theo toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để nhận thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc khi đến nhận. Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẽ chi phí của chúng tôi. **Nếu quý vị không thể trả tiền mua thuốc, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên ngay lập tức.** Chúng tôi sẽ làm mọi thứ có thể để hỗ trợ.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền, hãy tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Nếu quý vị cần trợ giúp để mua thuốc theo toa, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

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

Nếu quý vị cần trợ giúp để thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi, quý vị cần tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, hãy tham khảo **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp**, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa

Có một vài toa thuốc phải được mua tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho người đang sinh sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, như cơ sở điều dưỡng.
 - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn sẽ có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị đang sống tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi đảm bảo rằng quý vị có thể nhận được các loại thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
 - Nếu nhà thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không có trong mạng lưới của chúng tôi hoặc quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thuốc của mình ở cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch vụ Y tế cho Người da đỏ/Chương trình Y tế dành cho Cư dân thành thị/Thổ dân Người da đỏ. Trừ những trường hợp khẩn cấp, nếu không, chỉ người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa mới có thể sử dụng các nhà thuốc này.
- Các nhà thuốc cấp các loại thuốc bị giới hạn bởi FDA tại một số địa điểm hay đòi hỏi cách giao thuốc, đặc biệt, có sự điều phối của nhà cung cấp, hay có sự hướng dẫn trên cách sử dụng của họ. (Lưu ý: Trường hợp này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, hãy tham khảo ở **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp**, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

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

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nói chung, các loại thuốc có sẵn để đặt mua qua bưu điện là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên do tình trạng bệnh mãn tính hoặc kéo dài. Thuốc có sẵn để đặt mua qua bưu điện trong chương trình của chúng tôi được đánh dấu là thuốc đặt mua qua bưu điện trong Danh Sách Thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng nguồn cung thuốc lên đến 100 ngày. Nguồn cung thuốc 100 ngày có cùng khoản tiền đồng trả với nguồn cung thuốc một tháng.

Đặt mua thuốc theo toa qua bưu điện

Để biết thêm thông tin về việc đặt mua thuốc theo toa qua bưu điện, hãy truy cập nhà thuốc trong mạng lưới địa phương của quý vị hoặc trang mạng của chúng tôi tại **kp.org/refill**.

Quý vị có thể đặt mua thuốc theo toa theo những cách thuận tiện sau:

- Đăng ký và đặt hàng trực tuyến an toàn tại **kp.org/refill**.
- Hãy gọi đến **1-866-206-2983 (TTY 711)**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối hoặc theo số chỉ định được liệt kê trên nhãn thuốc của quý vị và làm theo hướng dẫn. Hãy đảm bảo chọn tùy chọn gửi qua đường bưu điện khi được nhắc nhở.
- Việc gửi yêu cầu mua thuốc hoặc lấy thêm thuốc theo toa qua bưu điện có tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới Kaiser Permanente.

Khi quý vị đặt trực tuyến lấy thêm thuốc theo toa qua hình thức giao hàng tận nhà, qua điện thoại hoặc bằng văn bản thì quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí khi đặt hàng (không tính phí vận chuyển cho việc gửi bưu kiện USPS thông thường). Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định một nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn đến lấy và thanh toán toa thuốc của mình. Vui lòng liên hệ với nhà thuốc trong mạng lưới nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu toa thuốc của mình có thể được gửi qua bưu điện hay không hoặc xem Danh Sách Dược Phẩm của chúng tôi để biết thông tin về các loại thuốc có thể được gửi qua bưu điện.

Thông thường, toa thuốc đặt qua bưu điện sẽ được giao đến trong vòng 5 ngày. Nếu toa thuốc đặt qua bưu điện của quý vị bị trì hoãn, xin vui lòng gọi số điện thoại được liệt kê ở trên hoặc theo số điện thoại được chỉ định trên nhãn của lọ thuốc theo toa mà quý vị đang dùng để được hỗ trợ. Ngoài ra, nếu quý vị không thể đợi nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi giao toa thuốc đến thì quý vị có thể lấy nguồn cung thuốc khẩn cấp bằng cách gọi cho nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới địa phương của quý vị, đã được liệt kê trong **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** hoặc tại **kp.org/directory**. Xin lưu ý rằng quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn nếu quý vị muốn nhận nguồn cung thuốc dùng trong 100 ngày từ nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới thay vì từ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi.

Quy trình đặt hàng qua bưu điện

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện có những quy trình khác nhau dành cho các toa thuốc mới mà quý vị yêu cầu, các toa thuốc mới được văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu hay việc lấy thêm thuốc cho các toa đặt qua bưu điện của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

1. Đối với các toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được yêu cầu từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị

Sau khi nhà thuốc nhận được toa thuốc yêu cầu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị để tìm hiểu xem quý vị có muốn mua thuốc ngay lập tức hay để muộn hơn.

- Điều này giúp cho quý vị có cơ hội để đảm bảo rằng nhà thuốc đang phân phối đúng loại thuốc (bao gồm cả độ mạnh, số lượng và dạng thuốc), bên cạnh đó, nếu cần thiết, cho phép quý vị ngưng hoặc hoãn lại đơn đặt hàng trước khi quý vị phải thanh toán hoặc trước khi đơn hàng được giao đến.
- Hãy trả lời mỗi khi nhà thuốc liên hệ với quý vị, để cho họ biết phải làm gì với toa thuốc mới và để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc vận chuyển.

2. Lấy thêm thuốc theo toa bằng cách đặt mua qua bưu điện

- Để lấy thêm thuốc, hãy liên hệ với nhà thuốc của quý vị 5 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết nhằm đảm bảo đơn hàng tiếp theo sẽ được chuyển đến quý vị kịp thời.

Hãy cho nhà thuốc biết những phương thức liên lạc quý vị thường hay sử dụng nhất để họ có thể liên hệ với quý vị nhằm xác nhận đơn đặt hàng của quý vị trước khi giao hàng. Khi quý vị đặt hàng, vui lòng cung cấp thông tin liên hệ hiện tại của quý vị phòng trường hợp chúng tôi cần liên hệ với quý vị.

A7. Nhận nguồn cung thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận được nguồn cung thuốc duy trì dài hạn trong Danh Sách Thuốc thuộc chương trình của chúng tôi. Thuốc duy trì là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên do tình trạng bệnh mãn tính hoặc kéo dài.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận được nguồn cung thuốc duy trì dài hạn. Nguồn cung thuốc 100 ngày có cùng khoản tiền đồng trả với nguồn cung thuốc một tháng. **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào có thể cung cấp thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Để biết thêm thông tin, quý vị cũng có thể gọi đến Dịch Vụ Hội Viên

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ đặt mua qua bưu điện trong mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi để nhận được nguồn cung thuốc duy trì dài hạn. Hãy tham khảo **Phần A6** để tìm hiểu về các dịch vụ đặt hàng qua bưu điện.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A8. Về việc sử dụng nhà thuốc không có trong mạng lưới chương trình của chúng tôi

Nói chung, chúng tôi chỉ thanh toán cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới.

Chúng tôi chỉ thanh toán cho các toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau:

- Nếu quý vị đang du lịch trong khu vực Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ nhưng bên ngoài khu vực phục vụ và quý vị bị ốm hoặc hết thuốc theo toa Phần D được đài thọ, chúng tôi sẽ đài thọ các toa thuốc được mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới với số lượng các trường hợp hạn chế, đặc biệt theo quy định về danh mục thuốc Medicare Phần D của chúng tôi.
- Nếu quý vị cần một loại thuốc theo toa của Medicare Phần D cùng với dịch vụ chăm sóc cấp cứu ngoài mạng lưới được đài thọ hoặc chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực, chúng tôi sẽ đài thọ nguồn cung thuốc tối đa 30 ngày từ một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Lưu ý: Thuốc theo toa được kê và cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ cũng như các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ là một phần của dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc trường hợp cấp cứu thường được đài thọ nguồn cung thuốc tối đa 30 ngày trong khoảng thời gian 30 ngày. Những loại thuốc này không được đài thọ theo Medicare Phần D; do đó, các khoản thanh toán cho những loại thuốc này không được tính vào việc tích lũy để đạt đến giai đoạn bảo hiểm tai ương.
- Nếu quý vị không thể mua thuốc được đài thọ kịp thời trong khu vực phục vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc nào trong mạng lưới nằm ở bán kính lái xe hợp lý cung cấp dịch vụ 24 giờ. Chúng tôi có thể không đài thọ cho toa thuốc của quý vị nếu có lý do hợp lý chứng minh quý vị có thể mua thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới vào giờ làm việc bình thường.
- Nếu quý vị cần mua thuốc theo toa không thường xuyên bán sẵn tại nhà thuốc trong mạng lưới gần quý vị hoặc có sẵn tại nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi (bao gồm cả thuốc giá cao).
- Nếu quý vị không thể lấy toa thuốc từ một nhà thuốc trong mạng lưới suốt khoảng thời gian xảy ra tai họa.

Trong các trường hợp này, trước tiên hãy kiểm tra với Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A9. Hoàn tiền một toa thuốc cho quý vị

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải trả toàn bộ chi phí thay vì một khoản tiền đồng trả để nhận được toa thuốc của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

Nếu quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vốn được Medi-Cal Rx đài thọ thì quý vị có thể được nhà thuốc hoàn trả sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho toa thuốc đó. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn lại tiền cho quý vị bằng cách gửi yêu cầu “Hoàn Trả Chi Phí Tự Bỏ Túi Của Medi-Cal (Conlan)”. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang mạng của Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

B. Danh Sách Thuốc trong chương trình của chúng tôi

Chúng tôi có **Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ**. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.

Chúng tôi lựa chọn các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc với sự trợ giúp của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc cũng chỉ ra cho quý vị biết các quy tắc mà quý vị cần tuân theo để nhận được thuốc của mình.

Chúng tôi sẽ đài thọ một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình khi quý vị tuân theo các quy tắc mà chúng tôi giải thích trong chương này.

B1. Các loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi

Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm các loại thuốc được Medicare Phần D đài thọ.

Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ nhà thuốc đều được chương trình của quý vị đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) hay một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số **1-800-977-2273**. Vui lòng mang theo Thẻ Định Danh Người Thụ Hưởng Medi-Cal (BIC) khi lấy thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm thuốc biệt dược, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự.

Thuốc biệt dược là thuốc theo toa được bán dưới tên nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Thuốc biệt dược phức tạp hơn thuốc thông thường (ví dụ thuốc có thành phần là protein) được gọi là sản phẩm sinh học. Trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, khi chúng tôi đề cập đến “thuốc”, có nghĩa là chúng tôi đang nói đến một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Thuốc gốc có cùng hoạt chất với thuốc biệt dược. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc thông thường nên thay vì có dạng thuốc gốc, chúng có các chất thay thế khác được gọi là thuốc sinh học tương tự. Nói chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có hiệu quả tốt như thuốc biệt dược hoặc các sản phẩm sinh học nhưng thường có giá thấp hơn. Có các chất thay thế thuốc gốc hoặc các lựa chọn thay thế thuốc sinh học tương tự khác có sẵn cho nhiều loại thuốc biệt dược và một số chế phẩm sinh học. Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu thuốc gốc hay thuốc biệt dược sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị.

B2. Cách tìm một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi

Để tìm hiểu xem loại thuốc quý vị sử dụng có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không, quý vị có thể:

- Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử trên trang mạng của chúng tôi.
- Truy cập trang mạng chương trình của chúng tôi tại **kp.org/seniorrx**. Danh Sách Thuốc trên trang mạng của chúng tôi luôn là danh sách mới nhất.
- Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem liệu loại thuốc quý vị cần có nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu một bản sao của danh sách.
- Các loại thuốc không được Phần D đài thọ có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng “Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực” của chúng tôi tại **kp.org/seniorrx** hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên. Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc để ước tính số tiền quý vị sẽ trả và liệu có loại thuốc thay thế nào trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị tình trạng tương tự hay không.

B3. Các loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi

Chúng tôi không đài thọ cho tất cả các loại thuốc theo toa. Một số loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi vì luật pháp không cho phép chúng tôi đài thọ những loại thuốc đó. Đối với các trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc của mình

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Chương trình của chúng tôi không thanh toán cho các loại thuốc được mô tả trong phần này. Chúng được gọi là **thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị nhận được toa thuốc có một loại thuốc bị loại trừ thì quý vị phải tự thanh toán cho loại thuốc đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán cho một loại thuốc bị loại trừ vì trường hợp của quý vị, quý vị có thể khiếu nại. Hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để tìm hiểu thêm thông tin về cách khiếu nại.

Dưới đây là ba quy tắc chung cho các loại thuốc bị loại trừ:

- Phạm vi bảo hiểm thuốc cho bệnh nhân điều trị ngoại trú thuộc chương trình của chúng tôi (bao gồm thuốc Medicare Phần D) không thể thanh toán cho loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã đài thọ. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí các loại thuốc được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B chi trả, nhưng những loại thuốc này không được xem là một phần của quyền lợi thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú.
- Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Việc sử dụng thuốc phải được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế chứng minh nó là một phương pháp điều trị cho tình trạng của quý vị. Bác sĩ có thể kê một loại thuốc nhất định để điều trị tình trạng của quý vị, ngay cả khi thuốc đó không được chấp thuận để điều trị tình trạng này. Đây được gọi là “dùng thuốc ngoài chỉ định”. Chương trình của chúng tôi thường không đài thọ các loại thuốc được kê toa để dùng ngoài chỉ định.
- Theo như Medi-Cal, hầu hết các loại thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú sẽ được Medi-Cal Rx đài thọ với tư cách là dịch vụ thông qua FFS Medi-Cal. Để được Medi-Cal Rx đài thọ, hạng mục đó phải có trong Danh Sách Thuốc Theo Hợp Đồng Medi-Cal (“CDL”) hoặc phải được Medi-Cal Rx chấp thuận trước cho quý vị sử dụng. Nhà cung cấp của quý vị có thể cho quý vị biết liệu một loại thuốc có nằm trong Medi-Cal Rx CDL hay không.

Ngoài ra, theo luật, Medicare hoặc Medi-Cal không thể đài thọ các loại thuốc được liệt kê dưới đây:

- Thuốc được sử dụng để thúc đẩy khả năng sinh sản.
- Những loại thuốc được sử dụng để làm giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh.*
- Thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy mọc tóc.
- Những sản phẩm vitamin và khoáng chất theo toa, ngoại trừ các vitamin tiền sản và chế phẩm florua*.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Thuốc khi được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương.
- Những loại thuốc khi được sử dụng để điều trị chứng biếng ăn, giảm cân hoặc tăng cân.*
- Thuốc điều trị cho bệnh nhân ngoại trú do công ty sản xuất chỉ định rằng quý vị phải có các xét nghiệm hoặc dịch vụ do chính họ thực hiện.
- *Một số sản phẩm có thể được Medi-Cal đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

C. Giới hạn đối với một vài loại thuốc

Đối với một số loại thuốc theo toa, có các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời gian chương trình mà chúng tôi đài thọ. Nói chung, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị mua một loại thuốc phù hợp với tình trạng y tế của quý vị và an toàn cũng như hiệu quả. Khi có một loại thuốc an toàn, với chi phí thấp hơn nhưng hiệu quả lại tương tự như một loại thuốc chi phí cao hơn thì chúng tôi hy vọng nhà cung cấp của quý vị sẽ kê toa loại thuốc chi phí thấp hơn.

Nếu có quy định đặc biệt cho thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi đài thọ thuốc. Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể phải cho chúng tôi biết chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu trước. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cho rằng quy tắc của chúng tôi không nên áp dụng cho trường hợp của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý cho quý vị sử dụng thuốc mà không cần thực hiện thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu đưa ra trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

1. Hạn chế sử dụng biệt dược khi có phiên bản thuốc gốc

Nói chung, thuốc gốc hoạt động tương tự như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn. Nếu có sẵn phiên bản thuốc gốc của biệt dược, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc.

- Chúng tôi thường không trả tiền cho thuốc biệt dược khi phiên bản thuốc gốc có sẵn.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc gốc hoặc các loại thuốc được đài thọ khác điều trị cùng một tình trạng sẽ phù hợp với quý vị thì chúng tôi sẽ đài thọ thuốc biệt dược.
- Tiền đồng trả của quý vị có thể lớn hơn đối với thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc so với thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi cho nhau.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

2. Được chương trình chấp thuận trước

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

3. Giới hạn số lượng

Đối với một vài loại thuốc, chúng tôi sẽ giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể lấy. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: chúng tôi có thể giới hạn lượng thuốc quý vị lấy mỗi lần mua thuốc theo toa.

Để tìm hiểu xem có bất kỳ quy tắc nào ở trên áp dụng cho loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Để nhận thông tin cập nhật mới nhất, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc kiểm tra trang mạng của chúng tôi tại kp.org/seniorrx. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào ở trên, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

D. Những lý do khiến thuốc của quý vị không được đài thọ

Chúng tôi luôn cố gắng điều chỉnh phạm vi bảo hiểm thuốc để phù hợp với quý vị, nhưng đôi khi sẽ có một loại thuốc không được đài thọ theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không chi trả cho loại thuốc quý vị muốn dùng. Thuốc có thể không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể đài thọ phiên bản thuốc gốc nhưng không đài thọ cho phiên bản biệt dược mà quý vị muốn sử dụng. Đó có thể là thuốc mới và chúng tôi chưa xem xét tính an toàn cũng như hiệu quả.
- Chương trình của chúng tôi đài thọ thuốc, nhưng có những quy định hoặc giới hạn đặc biệt về việc đài thọ. Như đã giải thích trong **Mục C**, một số loại thuốc mà chương trình chúng tôi đài thọ sẽ có các quy tắc giới hạn việc sử dụng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ.

Có những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi không đài thọ một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn chúng tôi đài thọ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D1. Nhận nguồn cung thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp thuốc tạm thời cho quý vị khi thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó. Điều này cho quý vị thời gian để bàn bạc với nhà cung cấp về việc nên lấy một loại thuốc khác hay yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc.

Để nhận được nguồn cung thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Loại thuốc quý vị đã dùng:
 - Không còn nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc
 - Chưa bao giờ có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc
 - Hiện bị hạn chế theo một cách nào đó.
2. Quý vị phải ở một trong những trường hợp sau:
 - Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi từ năm ngoái.
 - Chúng tôi đài thọ nguồn cung thuốc tạm thời cho quý vị **trong 90 ngày đầu tiên**.
 - Nguồn cung thuốc tạm thời này có thể sử dụng tối đa là 30 ngày.
 - Nếu toa thuốc của quý vị được kê toa ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị lấy thêm thuốc theo toa nhiều lần để cung cấp tối đa 30 ngày thuốc. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa cho quý vị với số lượng nhỏ tại một thời điểm để tránh lãng phí.
 - Quý vị mới tham gia vào chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi đài thọ nguồn cung thuốc tạm thời cho quý vị trong 90 ngày đầu tiên mà quý vị nhận được tư cách hội viên của chương trình.
 - Nguồn cung thuốc tạm thời này có thể sử dụng tối đa là 30 ngày.
 - Nếu toa thuốc của quý vị được kê toa ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị lấy thêm thuốc theo toa nhiều lần để cung cấp tối đa 30 ngày thuốc. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa cho quý vị với số lượng nhỏ tại một thời điểm để tránh lãng phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Quý vị đã tham gia vào chương trình của chúng tôi hơn 90 ngày, sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần một nguồn cung thuốc ngay lập tức.
 - Chúng tôi sẽ đài thọ một nguồn cung thuốc tối đa là 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê toa ít ngày hơn. Đây là nguồn cung bổ sung cho nguồn cung tạm thời phía trên.
 - Nếu quý vị nhập viện hoặc xuất viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn đến một cơ sở hoặc nhà chăm sóc khác, đây được gọi là thay đổi mức độ chăm sóc. Khi mức độ chăm sóc của quý vị thay đổi, quý vị có thể yêu cầu bổ sung thuốc của mình. Thông thường, chúng tôi sẽ đài thọ nguồn cung thuốc Phần D của quý vị kéo dài tới một tháng trong giai đoạn chuyển tiếp cấp độ chăm sóc này ngay cả khi loại thuốc đó không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

D2. Yêu cầu cung cấp tạm thời

Để yêu cầu nguồn cung thuốc tạm thời, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Khi quý vị nhận được nguồn cung thuốc tạm thời, hãy lập tức trao đổi với nhà cung cấp của quý vị càng sớm càng tốt để quyết định phải làm gì khi nguồn cung thuốc của quý vị hết. Đây là những lựa chọn của quý vị:

- Đổi sang loại thuốc khác.

Chương trình của chúng tôi có thể đài thọ một loại thuốc khác phù hợp với quý vị. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu danh sách các loại thuốc mà chúng tôi đài thọ để điều trị cùng một tình trạng bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm ra loại thuốc được đài thọ phù hợp với quý vị.

HOẶC

- Yêu cầu một ngoại lệ.

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc đó mà không có giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho rằng quý vị có một lý do y tế chính đáng để yêu cầu trường hợp ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị thực hiện điều này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D3. Yêu cầu một ngoại lệ

Nếu một loại thuốc quý vị dùng bị loại khỏi Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó trong năm tới, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu một ngoại lệ trước năm sau.

- Chúng tôi cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào trong phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị trong năm tới. Hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ và đòi hỏi thuốc cho năm tới theo cách quý vị muốn.
- Chúng tôi sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị về việc đưa ra ngoại lệ trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố hỗ trợ từ người kê toa của quý vị).

Để tìm hiểu về cách yêu cầu đưa ra ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị cần trợ giúp về việc yêu cầu một ngoại lệ, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

E. Thay đổi phạm vi bảo hiểm cho thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc xảy ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc bớt các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc của chúng tôi về thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu chấp thuận trước (prior approval, PA) đối với một loại thuốc (việc chúng tôi cho phép trước khi quý vị có thể nhận được một loại thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận được (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các giới hạn của liệu pháp từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đòi hỏi cho một loại thuốc khác).

Để biết thêm thông tin về các quy tắc liên quan đến thuốc, hãy tham khảo **Phần C**.

Nếu quý vị dùng một loại thuốc mà chúng tôi đã đòi hỏi tại thời điểm **bắt đầu** trong năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- Có một loại thuốc mới, rẻ hơn trên thị trường, mang lại hiệu quả tốt tương tự một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc mà chúng tôi hiện có **hoặc**
- Chúng tôi biết rằng thuốc đó không an toàn **hoặc**
- Thuốc đó bị loại bỏ khỏi thị trường.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Để biết thêm thông tin về những gì sẽ xảy ra khi Danh Sách Thuốc của chúng tôi thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Hãy kiểm tra Danh Sách Thuốc hiện tại của chúng tôi trực tuyến tại kp.org/seniorrx hoặc
- Gọi ngay cho Dịch Vụ Hội Viên để kiểm tra Danh Sách Thuốc hiện tại của chúng tôi.

Một số thay đổi đối với Danh Sách Thuốc của chúng tôi sẽ xảy ra **ngay lập tức**. Ví dụ:

- **Bán sẵn một loại thuốc gốc mới.** Đôi khi, một loại thuốc gốc mới xuất hiện trên thị trường có tác dụng tốt như một loại thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc hiện có của chúng tôi. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc biệt dược và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí của quý vị cho loại thuốc mới sẽ vẫn giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn.

Khi chúng tôi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc biệt dược trong danh sách nhưng thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn phạm vi bảo hiểm của nó.

- Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị biết trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu một “ngoại lệ” đối với những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo kèm theo các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin về các ngoại lệ.
- **Một loại thuốc bị ngừng bán.** Nếu FDA cho biết một loại thuốc quý vị đang sử dụng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc hủy một loại thuốc đang có mặt trên thị trường, chúng tôi sẽ loại bỏ thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết. Người kê toa của quý vị cũng sẽ biết về sự thay đổi này và có thể làm việc với quý vị để tìm một loại thuốc khác cho tình trạng của quý vị.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến loại thuốc quý vị dùng.

Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác này đối với Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) cung cấp hướng dẫn mới hoặc có các hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Chúng tôi bổ sung một loại thuốc gốc đã có trên thị trường và
 - Thay thế một *biệt dược* hiện có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay
 - Thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn phạm vi bảo hiểm đối với biệt dược.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi:

- Sẽ thông báo cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi Danh Sách Thuốc của mình **hoặc**
- Thông báo cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị một lượng thuốc dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu lấy thêm thuốc theo toa.

Điều này giúp quý vị có thời gian để nói chuyện với bác sĩ hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem:

- Nếu có một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, liệu quý vị có nên dùng thuốc đó để thay thế hay
- Quý vị nên yêu cầu ngoại lệ cho những trường hợp thay đổi này. Để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu đưa ra trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chúng tôi có thể thực hiện thay đổi đối với các loại thuốc quý vị dùng mà không ảnh hưởng đến tình trạng của quý vị. Đề cập đến những thay đổi này, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc mà chúng tôi đòi hỏi vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm.**

- Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ một loại thuốc mà quý vị đang hạn chế sử dụng, thì thay đổi đó không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị cho phần còn lại trong năm.

F. Phạm vi bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Lưu trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi đòi hỏi

Nếu quý vị nhập viện hoặc lưu trú tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi đòi hỏi, chúng tôi thường sẽ đòi hỏi chi phí thuốc theo toa cho quý vị trong thời gian quý vị lưu trú. Quý vị sẽ không phải thanh toán tiền đồng trả. Khi quý vị xuất viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ đòi hỏi thuốc cho quý vị miễn là thuốc đáp ứng tất cả các quy tắc đòi hỏi của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm thuốc và những gì quý vị phải thanh toán, hãy tham khảo **Chương 6** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

F2. Lưu trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn, như cơ sở điều dưỡng, sẽ có nhà thuốc riêng của họ hoặc nhà cung cấp thuốc cho tất cả người đang sinh sống tại đó. Nếu quý vị đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn thì quý vị có thể nhận thuốc theo toa của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở đó nếu cơ sở đó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Hãy kiểm tra **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn mà quý vị đang ở có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

F3. Lưu trú tại cơ sở chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Cả dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ cùng lúc đài thọ cho thuốc.

- Quý vị có thể ghi danh tham gia vào một cơ sở chăm sóc cuối đời của Medicare và yêu cầu một loại thuốc giảm đau, chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng hoặc chống lo âu mà cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị không đài thọ vì nó không liên quan đến tiên lượng và bệnh trạng của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp trực thuộc cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị xác định rằng loại thuốc này không liên quan đến bệnh trạng của quý vị trước khi chúng tôi có thể đài thọ thuốc.
- Để tránh sự chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp trực thuộc cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông báo loại thuốc đó không liên quan đến bệnh trạng của quý vị trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc mua thuốc theo toa.

Nếu quý vị rời cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ tất cả các loại thuốc cho quý vị. Để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc sức khỏe của Medicare kết thúc, hãy mang theo tài liệu đến nhà thuốc để xác minh rằng quý vị đã rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời.

Hãy tham khảo các phần trước của chương này để biết thêm về các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Hãy tham khảo **Chương 4** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin về quyền lợi tại cơ sở chăm sóc cuối đời.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

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

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

Mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ tìm kiếm các vấn đề có khả năng xảy ra, chẳng hạn như lỗi thuốc hoặc các loại thuốc mà:

- Có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc khác có tác dụng tương tự.
- Có thể không an toàn cho độ tuổi hoặc giới tính của quý vị.
- Có thể gây hại cho quý vị nếu quý vị dùng chúng cùng một lúc.
- Có các thành phần mà quý vị đang bị hoặc có thể bị dị ứng.
- Sử dụng một lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn.

Nếu chúng tôi phát hiện vấn đề có thể xảy ra khi quý vị sử dụng thuốc theo toa của mình, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp của quý vị để khắc phục vấn đề.

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Chương trình của chúng tôi có chương trình trợ giúp các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí thông qua chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp đảm bảo rằng thuốc mà quý vị đang sử dụng có hiệu quả trong việc cải thiện sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị bản đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị đồng thời trao đổi với quý vị về:

- Cách hiệu quả nhất để tận dụng các loại thuốc mà quý vị đang dùng.
- Bất kỳ mối quan tâm nào quý vị đang có, chẳng hạn như chi phí thuốc và phản ứng với thuốc.
- Cách dùng thuốc tốt nhất cho quý vị.
- Bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề nào về toa thuốc và thuốc không kê đơn mà quý vị đang quan tâm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Một văn bản tóm tắt cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt sẽ bao gồm một kế hoạch sử dụng thuốc đề xuất những gì quý vị có thể thực hiện để sử dụng thuốc theo cách tốt nhất.
- Một danh sách thuốc cá nhân bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị dùng, lượng quý vị dùng và lý do quý vị dùng chúng.
- Thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc kê đơn là các chất bị kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình.

- Hãy mang theo kế hoạch sử dụng thuốc và danh sách thuốc khi đến khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị cần trao đổi với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
- Hãy mang theo danh sách thuốc nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Các chương trình MTM là tự nguyện và miễn phí cho các hội viên hội đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị tham gia vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, hãy thông báo cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

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

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp các thành viên sử dụng thuốc opioid theo toa của họ và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác một cách an toàn. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Dược Phẩm (Drug Management Program, DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid mà quý vị nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc hay nếu quý vị đã sử dụng quá liều opioid gần đây, chúng tôi có thể trao đổi với bác sĩ của quý vị để đảm bảo việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng sẽ làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi nhận định việc sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa của quý vị là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cho quý vị nhận những loại thuốc đó. Các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị lấy thuốc theo toa có những loại thuốc đó từ một số nhà thuốc và/hoặc từ một số bác sĩ nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi đòi hỏi cho quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu chúng tôi nhận định rằng nên áp dụng một hoặc nhiều giới hạn lên quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trước. Thư sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn bảo hiểm cho những loại thuốc này đối với quý vị hay không, hoặc liệu quý vị có được yêu cầu chỉ nhận đơn thuốc cho những loại thuốc này từ một nhà cung cấp hoặc nhà thuốc cụ thể hay không.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn sử dụng cũng như mọi thông tin mà quý vị cho là quan trọng cần chúng tôi nắm rõ. Nếu chúng tôi quyết định giới hạn phạm vi bảo hiểm của quý vị đối với những loại thuốc này sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác để xác nhận các giới hạn.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, quý vị không đồng ý mình có nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa, hoặc quý vị không đồng ý với các giới hạn, thì quý vị và người kê toa có thể khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị quyết định của chúng tôi. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong khiếu nại liên quan đến các giới hạn trong việc cho quý vị tiếp cận với các loại thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (Independent Review Organization, IRO). (Để tìm hiểu thêm về khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.)

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- Có một số bệnh trạng y tế, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm,
- Đang nhận sự chăm sóc từ cơ sở chăm sóc cuối đời **hoặc**
- Đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 6: Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal của mình

Phần Giới Thiệu

Chương này cho biết số tiền quý vị phải thanh toán cho các loại thuốc theo toa khi điều trị ngoại trú của mình. Nhắc đến “thuốc”, ý chúng tôi muốn đề cập đến:

- Thuốc theo toa Medicare Phần D và
- Thuốc cũng như các vật dụng được Medi-Cal Rx đài thọ, và
- Thuốc và các mặt hàng được chương trình của chúng tôi đài thọ như những quyền lợi bổ sung.
- Bởi vì quý vị đủ điều kiện cho Medi-Cal nên quý vị sẽ nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để giúp thanh toán cho các loại thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một phụ lục riêng biệt, được gọi là “**Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Thêm khi mua Thuốc Kê Toa**” (còn được gọi là “Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hoặc “Phụ Lục LIS”), mà theo đó cho quý vị biết về phạm vi bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị chưa có phụ lục này, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên và hỏi xin một bản “Phụ Lục LIS”.

Trợ Giúp Thêm là chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa của Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản tiền khấu trừ và khoản tiền đồng trả. Trợ giúp thêm còn được gọi là “Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hoặc “LIS.”

Các thuật ngữ khác và định nghĩa của chúng sẽ được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Để tìm hiểu thêm về thuốc theo toa, quý vị có thể xem ở những nơi sau:

- Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ của chúng tôi.
 - Chúng tôi gọi đây là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này chỉ ra cho quý vị:
 - Loại thuốc nào mà chúng tôi thanh toán.
 - Liệu có bất kỳ giới hạn nào đối với các loại thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu quý vị cần một bản sao Danh Sách Thuốc của chúng tôi, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao mới nhất của Danh Sách Thuốc trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org/seniorrx.
- Hầu hết các loại thuốc theo toa quý vị mua từ nhà thuốc đều được chương trình của chúng tôi đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) hay một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (medicalex.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số **1-800-977-2273**. Vui lòng mang theo Thẻ Định Danh Người Thụ Hưởng Medi-Cal (BIC) của quý vị khi lấy thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.
- Chương 5 trong Cẩm Nang Hội Viên.
 - Chương này chỉ ra cho quý vị cách nhận thuốc theo toa khi điều trị ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
 - Chương này cũng bao gồm các quy tắc mà quý vị cần tuân theo. Nó cũng cho biết những loại thuốc theo toa nào mà chương trình của chúng tôi không đài thọ.
 - Khi quý vị sử dụng “Công cụ quyền lợi theo thời gian thực” của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (tham khảo **Chương 5, Mục B2**), chi phí hiển thị được đưa ra theo “thời gian thực” nghĩa là chi phí hiển thị trong công cụ phản ánh đúng thời điểm để đưa ra ước tính về chi phí tự trả mà quý vị phải trả. Quý vị có thể gọi đến Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.
- Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp của chúng tôi.
 - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc được đài thọ. Các nhà thuốc trong mạng lưới là những nhà thuốc đồng ý hợp tác với chúng tôi.
 - **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới. Hãy tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để tìm hiểu thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 6 Mục Lục

A.	Giải Thích Quyền Lợi (EOB)	191
B.	Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị	192
C.	Các Giai Đoạn Thanh Toán Tiền Thuốc cho các loại thuốc Medicare Phần D	194
D.	Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	194
	D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị	195
	D2. Nhận nguồn cung thuốc dài hạn	195
	D3. Những phần quý vị phải thanh toán	195
	D4. Kết thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	196
E.	Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương	197
F.	Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa ít hơn nguồn cung thuốc đủ một tháng	197
G.	Hỗ trợ chia sẻ chi phí kê toa cho người nhiễm HIV/AIDS	198
	G1. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP)	198
	G2. Nếu quý vị chưa ghi danh tham gia ADAP	198
	G3. Nếu quý vị đã ghi danh tham gia ADAP	198
H.	Chủng ngừa	198
	H1. Điều quý vị cần biết trước khi tiêm vắc-xin	199
	H2. Những phần mà quý vị phải thanh toán cho chủng ngừa được Medicare Phần D đài thọ	199

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A. Giải Thích Quyền Lợi (EOB)

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

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền quý vị hoặc những người khác thay mặt quý vị thanh toán cho các toa thuốc của quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là số tiền quý vị hoặc những người khác thay mặt quý vị thanh toán cho các toa thuốc của quý vị, cộng với số tiền chúng tôi thanh toán.

Khi quý vị nhận được thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt được gọi là **Giải Thích Quyền Lợi**. Nếu quý vị đã mua một hoặc nhiều toa thuốc trong tháng trước đó, chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị **Giải Thích Quyền Lợi**. Chúng tôi gọi tắt là EOB. Giải Thích Quyền Lợi (EOB) không phải là hóa đơn. EOB có thêm nhiều thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. EOB bao gồm:

- **Thông tin trong tháng.** Bản tóm tắt cho biết quý vị đã mua những loại thuốc theo toa nào trong tháng trước. Bản này cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã thanh toán và số tiền mà quý vị và những người khác đã thanh toán cho quý vị.
- **Thông tin từ đầu năm đến thời điểm hiện tại.** Đây là tổng chi phí thuốc và tổng các khoản thanh toán của quý vị kể từ ngày 1 tháng 1.
- **Thông tin giá thuốc.** Đây là tổng giá của thuốc và bất cứ phần trăm thay đổi nào của giá thuốc kể từ lần mua theo toa đầu tiên.
- **Các lựa chọn thay thế khác có chi phí thấp hơn.** Nếu có, chúng sẽ xuất hiện trong phần tóm tắt bên dưới các loại thuốc hiện tại của quý vị. Quý vị có thể trao đổi với người kê toa để tìm hiểu thêm.

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm cho các loại thuốc không được Medicare đài thọ.

- Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.
- Hầu hết các loại thuốc theo toa quý vị mua từ nhà thuốc được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) hay một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho (Ban) Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal theo số **1-800-977-2273**. Vui lòng mang theo thẻ định danh người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) của quý vị khi lấy thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.
- Để biết những loại thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ, hãy tham khảo Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện, chúng tôi sử dụng hồ sơ nhận được từ quý vị và từ hiệu thuốc của quý vị. Quý vị có thể hỗ trợ chúng tôi như sau:

1. Sử dụng Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên Của Quý Vị.

Trình Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của quý vị mỗi lần mua thuốc theo toa. Điều này giúp chúng tôi biết quý vị mua những toa thuốc nào và phải trả bao nhiêu.

2. Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi.

Cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của các thuốc được đài thọ mà quý vị đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại cho mình phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi.

Dưới đây là một số thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao biên nhận của quý vị:

- Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không nằm trong quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi
- Khi quý vị thanh toán một khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc mà quý vị nhận được theo chương trình trợ cấp bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
- Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị trả toàn bộ giá tiền cho một loại thuốc được đài thọ

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc, tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

3. Hãy gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã trả cho quý vị.

Các khoản thanh toán do người và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán được thực hiện bởi một chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP), Indian Health Service, và hầu hết các tổ chức từ thiện được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán tất cả các chi phí thuốc Medicare Phần D của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

4. Hãy kiểm tra Giải Thích Quyền Lợi (EOB) mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được EOB qua bưu điện, hãy đảm bảo rằng nội dung của nó đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của mỗi nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày. Quý vị có nhận được thuốc vào ngày đó không?
- **Quý vị có nhận được các loại thuốc được liệt kê không?** Chúng có khớp với những gì được liệt kê trên biên lai của quý vị không? Các loại thuốc có khớp với các thuốc bác sĩ kê đơn không?

Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị tìm thấy lỗi trong bản tóm tắt này?

Nếu có gì đó khó hiểu hoặc có vẻ không đúng trên EOB này, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Còn vấn đề gian lận thì thế nào?

Nếu trong bản tóm tắt này có những thuốc mà quý vị không đang dùng hoặc có những điểm có vẻ đáng nghi, xin quý vị liên lạc với chúng tôi.

- Gọi cho chúng tôi qua Dịch Vụ Hội Viên.
- Hoặc gọi Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại miễn cước này 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Nếu quý vị nghi ngờ rằng một nhà cung cấp nhận Medi-Cal đã có hành vi gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo điều đó bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí bảo mật **1-800-822-6222**. Có thể tìm thấy các phương thức báo cáo gian lận Medi-Cal khác tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó sai hoặc thiếu, hoặc nếu có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể chọn xem trực tuyến **EOB** của mình thay vì gửi qua đường bưu điện. Hãy truy cập kp.org/goinggreen và đăng nhập để tìm hiểu thêm về lựa chọn xem trực tuyến **Giải Thích Quyền Lợi (EOB)** của quý vị một cách an toàn. Hãy lưu lại các EOB này. Chúng là một hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Tiền Thuốc cho các loại thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Số tiền quý vị phải trả tùy thuộc vào giai đoạn hiện tại của quý vị khi mua thuốc theo toa hoặc yêu cầu thêm thuốc. Đây là hai giai đoạn:

Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương
<p>Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị trả phần còn lại của mình. Phần của quý vị được gọi là tiền đồng trả.</p> <p>Giai đoạn này sẽ được bắt đầu kể từ lần đầu tiên quý vị mua thuốc theo toa trong năm.</p>	<p>Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ thanh toán tất cả các chi phí thuốc của quý vị đến hết ngày 31 tháng Mười Hai, 2024.</p> <p>Giai đoạn này sẽ được bắt đầu khi quý vị đã thanh toán một số chi phí tự trả nhất định.</p>

D. Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chúng tôi sẽ thanh toán một phần chi phí thuốc theo toa được đài thọ cho quý vị và quý vị phải thanh toán phần của mình. Phần của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và quý vị nhận thuốc ở đâu.

Cấp bậc chia sẻ chi phí được định nghĩa là các nhóm thuốc có cùng một khoản đồng thanh toán. Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi thuộc một trong 2 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc càng cao thì phần tiền đồng trả càng cao. Để tìm xem thuốc của quý vị đang nằm ở cấp bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tham khảo Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

- Thuốc bậc 1 và 2 có tiền đồng trả thấp nhất. Chúng có thể là thuốc gốc. Tiền đồng trả từ **\$0** đến **\$4.50**, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị.
- Thuốc bậc 3, 4 và 5 có tiền đồng trả cao nhất. Chúng là thuốc biệt dược hoặc thuốc đặc trị. Tiền đồng trả từ **\$0** đến **\$11.20**, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Quý vị phải trả bao nhiêu cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị nhận được thuốc từ:

- Một nhà thuốc trong mạng lưới **hay**
- Một nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ đài thọ cho các toa thuốc mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết khi nào chúng tôi thực hiện việc đó.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc, hãy tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này cùng **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** của chúng tôi.

D2. Nhận nguồn cung thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được nguồn cung thuốc dài hạn (còn được gọi là “nguồn cung thuốc mở rộng”) khi quý vị mua thuốc theo toa. Nguồn cung thuốc dài hạn có thể cung cấp số lượng thuốc lên đến 100 ngày. Nguồn cung này có chi phí tương đương với nguồn cung thuốc một tháng.

Để biết thông tin chi tiết về việc lấy nguồn cung thuốc lâu dài ở đâu và như thế nào, hãy tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này hoặc **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** thuộc chương trình của chúng tôi.

D3. Những phần quý vị phải thanh toán

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, quý vị có thể phải trả một khoản tiền đồng trả mỗi khi mua thuốc theo toa. Nếu thuốc được đài thọ của quý vị có giá thấp hơn tiền đồng trả, quý vị trả mức giá thấp hơn.

Hãy liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên để biết số tiền đồng bảo hiểm mà quý vị cần thanh toán cho bất kỳ loại thuốc được đài thọ nào.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi lấy nguồn cung thuốc một tháng hoặc dài hạn theo toa được đài thọ từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới hoặc dịch vụ đặt hàng mua qua bưu điện trong chương trình của chúng tôi	Một nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới	Một nhà thuốc ngoài mạng lưới
	Số lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày	Số lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày	Số lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày Phạm vi bảo hiểm được giới hạn trong một số trường hợp nhất định. Hãy tham khảo Chương 5 trong Cẩm Nang Hội Viên này để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (thuốc gốc)	\$0-\$4.50 mỗi toa thuốc , tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm của quý vị		
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (thuốc biệt dược và thuốc đặc trị)	\$0-\$11.20 mỗi toa thuốc , tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm của quý vị		

Để biết thông tin những nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị nguồn cung thuốc dài hạn, hãy tham khảo **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp**.

D4. Kết thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt đến **\$8,000**. Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Chúng tôi đài thọ tất cả các chi phí thuốc của quý vị từ đó đến cuối năm.

Tài liệu Giải Thích Quyền Lợi (EOB) của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền mà quý vị đã thanh toán cho thuốc của mình trong năm. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến hạn mức **\$8,000**. Nhiều người không đạt được hạn mức này trong năm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E. Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Khi quý vị đạt đến hạn mức chi trả thuốc theo toa là **\$8,000** thì Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương sẽ được bắt đầu. Quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương cho đến cuối năm dương lịch. Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Medicare của quý vị.

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa ít hơn nguồn cung thuốc đủ một tháng

Thường thì, quý vị sẽ phải trả một khoản tiền đồng trả để trang trải cho nguồn cung thuốc kéo dài một tháng được đài thọ. Tuy nhiên, bác sĩ có thể kê toa thuốc với số lượng thuốc ít hơn một tháng.

- Nếu có thắc mắc, quý vị có thể hỏi bác sĩ về việc kê toa thuốc với số lượng thuốc ít hơn một tháng (ví dụ, khi quý vị lần đầu thử dùng một loại thuốc được cho là có tác dụng phụ nghiêm trọng).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải thanh toán cho nguồn cung thuốc đủ một tháng, áp dụng với một số loại thuốc nhất định.

Khi quý vị nhận được nguồn cung thuốc dưới một tháng thì số tiền quý vị phải trả sẽ dựa trên số ngày sử dụng thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi sẽ tính số tiền quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của mình (“tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày”) và nhân nó với số ngày quý vị nhận được thuốc.

- Dưới đây là một ví dụ: Giả sử khoản tiền đồng trả cho nguồn cung thuốc đủ một tháng (nguồn cung thuốc 30 ngày) là \$1,35. Điều này có nghĩa là số tiền mà quý vị phải thanh toán cho thuốc của mình sẽ thấp hơn \$0,05 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được nguồn cung thuốc trong 7 ngày thì khoản thanh toán của quý vị sẽ thấp hơn \$0,05 mỗi ngày nhân với 7 ngày, theo đó tổng số tiền thanh toán ít hơn \$0,35.
- Phần chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo bản thân sẽ phù hợp với một loại thuốc trước khi thanh toán cho nguồn cung thuốc kéo dài một tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình kê toa thuốc đủ dùng suốt tháng để giúp quý vị:
 - Lập kế hoạch tốt hơn khi lấy thêm thuốc,
 - Phối hợp lấy thêm các loại thuốc khác mà quý vị đang dùng **và**
 - Ít phải đi đến nhà thuốc hơn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G. Hỗ trợ chia sẻ chi phí kê toa cho người nhiễm HIV/AIDS

G1. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP)

ADAP giúp các cá nhân đủ điều kiện đang phải chống chọi với căn bệnh AIDS/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV. Thuốc theo toa Medicare Phần D cho bệnh nhân ngoại trú cũng được ADAP đài thọ nếu cá nhân đăng ký ADAP đủ điều kiện để được hỗ trợ chia sẻ chi phí cho thuốc theo toa thông qua Sở Y Tế Công California, Văn Phòng AIDS.

G2. Nếu quý vị chưa ghi danh tham gia ADAP

Để biết thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, các loại thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, hãy gọi **1-844-421-7050** hoặc xem trang mạng ADAP tại www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Nếu quý vị đã ghi danh tham gia ADAP

ADAP có thể tiếp tục cung cấp cho khách hàng ADAP phần hỗ trợ chia sẻ chi phí theo toa của Medicare Phần D cho các loại thuốc trong danh mục ADAP. Để chắc chắn rằng quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ này, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị nếu có bất kỳ thay đổi nào trong tên hoặc số chính sách chương trình Medicare Phần D của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp tìm địa điểm ghi danh tham gia ADAP và/hoặc nhân viên ghi danh gần nhất, hãy gọi **1-844-421-7050** hoặc kiểm tra trang mạng được liệt kê ở trên.

H. Chủng ngừa

Thông Báo Quan Trọng Về Số Tiền Quý Vị Thanh Toán cho Vắc-xin: Một số thuốc chủng ngừa được xem là các quyền lợi y tế. Các loại vắc-xin khác được xem là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những loại vắc-xin này được liệt kê trong **Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ** của chương trình (**Danh Mục Thuốc**). Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí cho hầu hết các loại vắc-xin Medicare Phần D dành cho người trưởng thành. Tham khảo **Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ** của chương trình (**Danh Mục Thuốc**) hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để biết chi tiết về mức đài thọ và chia sẻ chi phí cho các loại vắc-xin cụ thể.

Có hai phần trong mức đài thọ cho vắc-xin Medicare Phần D của chúng tôi:

1. Phần đầu tiên trong bảo hiểm là chi phí của riêng vắc-xin. Vắc-xin là một loại thuốc kê toa.
2. Phần thứ hai của bảo hiểm là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể được bác sĩ tiêm vắc-xin.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

H1. Điều quý vị cần biết trước khi tiêm vắc-xin

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị định tiêm chủng.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình của chúng tôi chi trả cho chủng ngừa của quý vị như thế nào.
- Chúng tôi cũng có thể hướng dẫn cho quý vị cách giảm chi phí thông qua việc sử dụng nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi có thể cho quý vị biết cần làm gì để yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

H2. Những phần mà quý vị phải thanh toán cho chủng ngừa được Medicare Phần D đài thọ

Số tiền quý vị phải trả cho một lần tiêm vắc-xin phụ thuộc vào loại vắc-xin (quý vị được tiêm loại vắc-xin gì).

- Một số loại vắc-xin được xem là có lợi cho sức khỏe hơn là thuốc. Các loại vắc-xin này được đài thọ miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về phạm vi bảo hiểm của các loại vắc-xin này, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi ở **Chương 4** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Các loại vắc-xin khác được xem là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những loại vắc-xin này trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. Quý vị có thể phải trả một khoản tiền đồng trả cho vắc-xin Medicare Phần D. Nếu vắc-xin được khuyến nghị dùng cho người trưởng thành bởi một tổ chức có tên là **Ủy Ban Cố Vấn hoặc Thực Hành Chủng Ngừa (ACIP)** khi đó quý vị sẽ không phải thanh toán khi tiêm vắc-xin.

Dưới đây là ba cách phổ biến để quý vị có thể tiêm vắc-xin Medicare Phần D.

1. Quý vị nhận được vắc-xin Medicare Phần D và tiêm tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người trưởng thành, quý vị sẽ không phải trả tiền.
- Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị trả tiền đồng trả cho vắc-xin.

2. Quý vị nhận vắc-xin Medicare Phần D tại phòng khám bác sĩ và bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị.

- Quý vị trả một khoản tiền đồng trả cho bác sĩ để mua vắc-xin.
- Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí tiêm cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Văn phòng bác sĩ nên gọi cho chương trình của chúng tôi trong trường hợp này để chúng tôi có thể đảm bảo rằng họ biết quý vị chỉ phải trả khoản tiền đồng trả cho vắc-xin.

3. Quý vị nhận được dược phẩm vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc và quý vị mang nó đến phòng khám của bác sĩ để tiêm.

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người trưởng thành, quý vị sẽ không phải trả tiền mua vắc-xin.
- Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị trả tiền đồng trả cho vắc-xin.
- Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí tiêm cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí cho hóa đơn mà quý vị nhận được khi sử dụng các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ

Phần Giới Thiệu

Chương này chỉ ra cho quý vị cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Chương này cũng hướng dẫn quý vị biết cách khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương 7 Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc	202
B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán	206
C. Quyết định bảo hiểm.....	208
D. Khiếu nại.....	208

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc

Nếu quý vị nhận được hóa đơn toàn bộ chi phí khi sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc thì đừng thanh toán hóa đơn và hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi.

Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy tham khảo **Phần B**.

- Nếu chúng tôi đài thọ cho loại dịch vụ hoặc thuốc nào thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi đài thọ cho loại dịch vụ hoặc thuốc đó nhưng quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị thì quý vị có quyền được bồi hoàn.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal mà quý vị nhận được, quý vị có thể đủ điều kiện để được bồi hoàn (hoàn trả) nếu quý vị đáp ứng tất cả những điều kiện sau:
 - Dịch vụ mà quý vị nhận được là dịch vụ được Medi-Cal đài thọ mà chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không bồi hoàn cho quý vị một dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ.
 - Quý vị đã nhận được dịch vụ được đài thọ sau khi trở thành hội viên Senior Advantage Medicare Medi-Cal đủ điều kiện.
 - Quý vị yêu cầu được hoàn trả trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ được đài thọ.
 - Quý vị cung cấp bằng chứng rằng quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được đài thọ, như biên lai chi tiết từ nhà cung cấp.
 - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp đã ghi danh tham gia Medi-Cal trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị không cần phải đáp ứng điều kiện này nếu quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu, kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện mà không cần phê duyệt trước (sự cho phép trước).
- Nếu dịch vụ được đài thọ thường yêu cầu phê duyệt trước (sự cho phép trước), quý vị cần cung cấp bằng chứng từ nhà cung cấp cho thấy nhu cầu y tế đối với dịch vụ được đài thọ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết liệu họ có bồi hoàn cho quý vị hay không trong một lá thư gọi là Thông Báo Hành Động. Nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp đã tham gia Medi-Cal sẽ trả lại cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Nếu nhà cung cấp từ chối trả lại tiền cho quý vị, chương trình của chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã trả. Chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu. Nếu nhà cung cấp tham gia Medi-Cal, nhưng không thuộc mạng lưới của chúng tôi và từ chối hoàn trả tiền cho quý vị, chương trình của chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị nhưng chỉ tối đa bằng số tiền mà FFS Medi-Cal sẽ trả. Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền tự trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp mà không cần phê duyệt trước. Nếu quý vị không đáp ứng một trong những điều kiện trên, chúng tôi sẽ không trả lại tiền cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không trả lại tiền cho quý vị nếu:
 - Quý vị đã yêu cầu và nhận các dịch vụ không được Medi-Cal đài thọ như các dịch vụ thẩm mỹ.
 - Dịch vụ này không phải là dịch vụ được đài thọ theo Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
 - Quý vị đã đến khám một bác sĩ không nhận Medi-Cal và quý vị đã ký vào một biểu mẫu cho biết dù thế nào quý vị cũng muốn được khám và quý vị sẽ tự thanh toán cho các dịch vụ.
- Nếu có loại dịch vụ hoặc thuốc nào mà chúng tôi không đài thọ thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Nếu có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị không biết quý vị phải thanh toán cho những hạng mục nào, hoặc nếu quý vị nhận được một hóa đơn và không biết phải làm gì với nó, chúng tôi có thể giúp đỡ. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi nếu quý vị muốn cung cấp thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi.

Dưới đây là ví dụ về những thời điểm quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được:

1. Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cấp cứu hoặc cần gấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Yêu cầu nhà cung cấp lập hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị phải thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán từ nhà cung cấp mà quý vị cho rằng mình không có nghĩa vụ chi trả. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả.
 - Nếu nhà cung cấp có quyền được nhận thanh toán thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ Medicare nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của mình thì chúng tôi sẽ xác định số tiền quý vị có nghĩa vụ phải trả và hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là quý vị phải xuất trình Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào. Nhưng đôi khi họ có nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của mình hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. **Gọi Dịch Vụ Hội Viên** theo số ở cuối trang này **nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ phải thanh toán khoản tiền đồng trả khi sử dụng các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này. Điều này vẫn áp dụng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức phí nhà cung cấp tính cho một dịch vụ. Ngay cả khi chúng tôi quyết định không thanh toán một số khoản phí thì quý vị cũng không cần phải thanh toán chúng.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị nghĩ là nhiều hơn mức mà quý vị phải thanh toán, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý vấn đề này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới đối với các dịch vụ được Medicare đài thọ nhưng lại cảm thấy rằng quý vị đã phải thanh toán quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về tất cả các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện. Chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền mà quý vị có nghĩa vụ phải thanh toán theo chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

3. Nếu quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi với hiệu lực trở về trước

Đôi khi việc ghi danh của quý vị vào chương trình có thể có hiệu lực trở về trước. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của quý vị đã qua rồi. Đó thậm chí có thể là năm ngoái.)

- Nếu quý vị đã ghi danh với hiệu lực trở về trước và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.
- Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả.

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

Nếu quý vị sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới thì quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

- Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi sẽ đài thọ cho các toa thuốc mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.
- Hãy tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

5. Khi quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc Medicare Phần D vì quý vị không mang theo thẻ Nhận dạng (thẻ ID) chương trình của mình

Nếu quý vị không mang theo Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tra cứu thông tin đăng ký chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ngay lúc đó, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc hoặc mang theo Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của mình rồi quay lại nhà thuốc.
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

6. Khi quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc Medicare Phần D cho một loại thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc nếu thuốc theo toa của quý vị không được đài thọ.

- Đó là loại thuốc không có trong **Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ** (Danh Sách Thuốc) trên trang mạng của chúng tôi, hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định lấy loại thuốc đó thì quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu quý vị không thanh toán tiền thuốc vì nghĩ rằng chúng tôi nên đài thọ cho loại thuốc đó thì quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này).
- Nếu quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho rằng quý vị cần dùng thuốc ngay lập tức (trong vòng 24 giờ), quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh (tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này).
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét và quyết định xem có nên chi trả cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị sử dụng hay không. Việc này được gọi là đưa ra “quyết định bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định sẽ đài thọ cho loại dịch vụ hoặc thuốc nào thì chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho *hạng mục đó*.

Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Để tìm hiểu cách khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu. Nếu quý vị gửi văn bản yêu cầu, hãy gửi kèm hóa đơn và tài liệu về tất cả các khoản thanh toán mà quý vị đã chi trả cho các dịch vụ Medicare. Quý vị nên giữ một bản sao hóa đơn và biên nhận để lưu hồ sơ cho quý vị. **Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán của mình cho chúng tôi trong vòng 12 tháng (đối với yêu cầu thanh toán thuốc Phần C) và trong vòng 36 tháng (đối với yêu cầu thanh toán thuốc Phần D) kể từ ngày quý vị sử dụng dịch vụ.**

Để bảo đảm quý vị cung cấp cho chúng tôi mọi thông tin mà chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền mẫu đơn yêu cầu của chúng tôi để yêu cầu thanh toán cho quý vị. Quý vị không cần phải sử dụng mẫu đơn này, nhưng việc đó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Quý vị có thể nộp đơn yêu cầu thanh toán bằng cách:

- Hoàn thành và gửi biểu mẫu điện tử cho chúng tôi tại **kp.org** và tải lên văn kiện chứng minh.
- Hoặc tải xuống bản sao của biểu mẫu từ trang mạng của chúng tôi (**kp.org**) hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này và yêu cầu họ gửi biểu mẫu cho quý vị. Hãy gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua bưu điện đến địa chỉ Phòng Yêu Cầu Thanh Toán đã được liệt kê bên dưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

- Nếu quý vị không thể tìm được biểu mẫu, quý vị có thể gửi yêu cầu thanh toán của mình cho chúng tôi kèm với các thông tin sau đến địa chỉ Phòng Yêu Cầu Thanh Toán được liệt kê bên dưới:
 - Yêu cầu thanh toán kèm thông tin sau:
 - Tên của quý vị (tên hội viên/tên bệnh nhân) và số hồ sơ y tế/sức khỏe.
 - Ngày quý vị sử dụng dịch vụ.
 - Nơi quý vị sử dụng dịch vụ.
 - Ai đã cung cấp dịch vụ.
 - Lý do quý vị cho rằng chúng tôi nên thanh toán dịch vụ.
 - Chữ ký của quý vị và ngày ký. (Nếu quý vị muốn nhờ ai đó khác đưa ra yêu cầu, chúng tôi sẽ cần quý vị gửi thêm một biểu mẫu “Chỉ định người đại diện” đã điền đầy đủ thông tin, có sẵn tại kp.org.)
 - Bản sao của hóa đơn, (các) hồ sơ y tế khi quý vị sử dụng những dịch vụ này và biên lai nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ.

Hãy gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với mọi hóa đơn hoặc biên lai liên quan đến địa chỉ sau:

- Gửi yêu cầu thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị cùng với mọi hóa đơn hoặc biên lai liên quan đã thanh toán qua bưu điện cho chúng tôi theo địa chỉ sau:

Kaiser Permanente
 Claims Department
 P.O. Box 7004
 Downey, CA 90242-7004

Để yêu cầu thanh toán thuốc Phần D do nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa, đồng thời mua từ nhà thuốc trong mạng lưới, hãy làm đơn gửi tới địa chỉ dưới đây. Đối với các yêu cầu liên quan đến Phần D khác, hãy gửi đến địa chỉ trên.

Kaiser Permanente
 Medicare Part D Unit
 P.O. Box 1809
 Pleasanton, CA 94566

Nếu có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị không biết số tiền quý vị đã trả, hoặc quý vị nhận được các hóa đơn và không biết cần làm gì về những hóa đơn đó, chúng tôi có thể trợ giúp. Quý vị cũng có thể gọi điện thoại nếu quý vị muốn cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin về một yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm. Việc này có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định xem chương trình của chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định số tiền mà quý vị phải trả nếu có.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà quý vị sử dụng, đồng thời quý vị cũng đã tuân theo tất cả các quy tắc để nhận được bảo hiểm thì chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các hạng mục đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tấm séc chia sẻ chi phí của chúng tôi qua bưu điện. Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 trong **Cẩm Nang Hội Viên** này sẽ giải thích các quy tắc để quý vị có thể nhận được bảo hiểm cho dịch vụ mà quý vị sử dụng. **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này sẽ giải thích các quy tắc để quý vị có thể nhận được đài thọ cho các loại thuốc theo toa Medicare Phần D của mình.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị sử dụng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích lý do. Văn bản cũng sẽ giải thích cho quý vị biết về quyền khiếu nại của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9**.

D. Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của mình. Việc này được định nghĩa là “khiếu nại.” Quý vị cũng có thể khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi thanh toán.

Quy trình khiếu nại chính thức sẽ có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu về cách khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này:

- Nếu quý vị muốn khiếu nại để nhận được hoàn trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Phần F**.
- Nếu quý vị muốn khiếu nại để nhận được hoàn trả chi phí mua thuốc, hãy tham khảo **Phần G**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Phân Giới Thiệu

Chương này bao gồm quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi có nghĩa vụ phải tôn trọng quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương 8 Mục Lục

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị.....	210
B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc giúp quý vị tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ	211
C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin y tế cá nhân của quý vị (PHI)	213
C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI	214
C2. Quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị.....	215
D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị.....	215
E. Các nhà cung cấp trong mạng lưới không có quyền lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị.....	216
F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi.....	217
G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của chính quý vị	217
G1. Quyền biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị	217
G2. Quý vị có quyền nói những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình	218
G3. Việc cần làm nếu chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo	219
H. Quý vị có quyền làm đơn than phiền và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình.....	219

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

H1. Việc quý vị cần làm khi bị đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của mình	220
I. Thông tin về đánh giá công nghệ mới.....	220
J. Quý vị có thể đưa ra đề xuất về quyền và trách nhiệm.....	220
K. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình.....	221

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi có nghĩa vụ phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị đều chất lượng và có thể tiếp cận được về mặt văn hóa. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu có tùy chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:
 - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,
 - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai, và
 - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**.
- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số **1-916-440-7370**. Người dùng TTY hãy gọi số **711**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số **1-800-368-1019**. Người dùng TTY hãy gọi số **1-800-537-7697**.

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

Với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có các quyền sau đây.

- Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin xem hình thức nhà cung cấp nào được đóng vai trò là PCP và cách chọn một PCP trong **Chương 3** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
 - Hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc tìm trong **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp** để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp trong mạng lưới cũng như bác sĩ nào hiện đang tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền đến gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu cũng như các nhà cung cấp dịch vụ khác được mô tả trong **Chương 3** của **Cẩm Nang Hội Viên** này. Giấy giới thiệu đại diện cho việc PCP của quý vị chấp thuận cho quý vị sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP.
- Quý vị có quyền sử dụng các dịch vụ được đài thọ từ những nhà cung cấp trong mạng lưới trong khoảng thời gian hợp lý.
 - Điều này có nghĩa là quý vị cũng có quyền nhận được các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa.
 - Nếu quý vị không thể sử dụng được dịch vụ trong một khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp mà không cần được cho phép trước (PA).
- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa tại mọi nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chịu bất kỳ lý do trì hoãn nào.
- Quý vị cũng có quyền biết khi nào có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy tham khảo **Chương 3** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Khi quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị có quyền tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp và ủy quyền dịch vụ hiện tại của mình trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng những điều kiện nhất định. Để tìm hiểu thêm về việc tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp và ủy quyền dịch vụ hiện tại của mình, hãy tham khảo **Chương 1** trong **Cẩm Nang Hội Viên**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Quý vị có quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của riêng mình với sự giúp đỡ từ đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.
- Quý vị có quyền:
 - Được đối xử một cách tôn trọng, xem xét thích đáng quyền riêng tư của quý vị và nhu cầu duy trì tính bảo mật cho thông tin y tế của quý vị
 - Được cung cấp thông tin về chương trình và các dịch vụ của chương trình, bao gồm các dịch vụ được đài thọ, các nhà cung cấp trong mạng lưới, cũng như quyền và trách nhiệm của hội viên.
 - Có thể chọn một nhà cung cấp chăm sóc chính trong mạng lưới của chúng tôi.
 - Biết tên của những người cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và loại hình đào tạo mà họ có.
 - Nhận dịch vụ chăm sóc ở một nơi an toàn, an ninh, sạch sẽ và dễ tiếp cận.
 - Nhận được ý kiến y khoa thứ hai từ bác sĩ trong mạng lưới bất kỳ lúc nào.
 - Trình bày ý kiến than phiền, bằng lời nói hoặc văn bản, về tổ chức hoặc dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được.
 - Được phối hợp chăm sóc.
 - Yêu cầu khiếu nại các quyết định từ chối, trì hoãn hoặc giới hạn dịch vụ hay quyền lợi.
 - Nhận dịch vụ thông dịch viên miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị.
 - Được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương của quý vị hoặc các nhóm khác.
 - Được trình bày các hướng dẫn trước.
 - Yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang nếu dịch vụ hoặc quyền lợi bị từ chối. Quý vị có thể yêu cầu phiên điều trần cấp Tiểu Bang nếu quý vị đã nộp đơn khiếu nại với chúng tôi nhưng vẫn không hài lòng với quyết định mà chúng tôi đưa ra. Quý vị cũng có thể yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang nếu quý vị không nhận được quyết định về đơn khiếu nại mà quý vị đã gửi cho chúng tôi trong vòng 30 ngày. Nội dung này bao gồm thông tin về các trường hợp có thể tổ chức một phiên điều trần cấp tốc.
 - Có quyền truy cập và nhận bản sao, sửa đổi hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nhận thông tin hội viên bằng văn bản miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, âm thanh và các định dạng điện tử có thể truy cập được, theo yêu cầu, kịp thời phù hợp với định dạng được yêu cầu cũng như tuân theo Phần 14182 của Bộ Luật Về Phúc Lợi Và Thẻ Chế (b) (12).
- Không phải chịu bất kỳ hình thức hạn chế hoặc tách biệt nào theo cách ép buộc, kỷ luật, vì lợi ích vật chất hoặc trả đũa.
- Được thảo luận trung thực thông tin về các lựa chọn điều trị và các lựa chọn thay thế hiện có, được trình bày theo cách phù hợp với tình trạng và khả năng hiểu biết của quý vị, bất kể chi phí hoặc phạm vi bảo hiểm.
- Nhận bản sao hồ sơ y tế của quý vị và yêu cầu sửa đổi hoặc chỉnh sửa chúng, như được ấn định trong 45 CFR §164.524 và 164.526.
- Tự do thực hiện các quyền này mà không gây bất kỳ ảnh hưởng nào tiêu cực đến cách Kaiser Permanente, các nhà cung cấp hoặc Tiểu Bang hành xử với quý vị.
- Được tiếp cận với các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, Trung Tâm Hỗ Trợ Sinh Sản Độc Lập, Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang, Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ, dịch vụ hộ sinh, Trung Tâm Y Tế Nông Thôn, dịch vụ điều trị lây truyền qua đường tình dục và các dịch vụ cấp cứu bên ngoài mạng lưới của chúng tôi theo luật liên bang.

Chương 9 trong **Cẩm Nang Hội Viên** này sẽ hướng dẫn quý vị nên làm gì nếu quý vị cho rằng mình hiện không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu chúng tôi từ chối đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị sử dụng nhưng quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin y tế cá nhân của quý vị (PHI)

Chúng tôi bảo vệ thông tin y tế cá nhân (personal health information, PHI) theo yêu cầu của luật liên bang và tiểu bang.

- PHI của quý vị bao gồm thông tin quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi đăng ký vào chương trình. PHI cũng bao gồm hồ sơ y tế của quý vị và các thông tin y tế cũng như sức khỏe khác.
- Quý vị có thẩm quyền đối với thông tin của mình cũng như được kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản cho biết về các quyền này cũng như giải thích cách chúng tôi bảo vệ sự riêng tư về PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo Thực Thi Quyền Riêng Tư”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Hội viên đồng ý sử dụng các dịch vụ nhạy cảm không cần phải xin phép bất kỳ người nào khác hay phải gửi yêu cầu xin phép trước khi sử dụng các dịch vụ nhạy cảm. Kaiser Permanente sẽ chuyển các thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại thay thế được chỉ định của hội viên hay, trong trường hợp không có chỉ định, sẽ nhân danh hội viên tại địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Kaiser Permanente sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ người nào khác mà không được hội viên nhận dịch vụ chăm sóc cho phép bằng văn bản. Kaiser Permanente sẽ đáp ứng các yêu cầu trao đổi mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu hình thức và định dạng đó có thể thực hiện được dễ dàng, hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu trao đổi mật thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm của hội viên sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên hủy bỏ yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về việc trao đổi mật.
- Các hội viên có thể yêu cầu liên lạc bí mật bằng cách hoàn thành một biểu mẫu yêu cầu liên lạc bí mật, có sẵn trên kp.org ở mục “Yêu cầu biểu mẫu liên lạc bí mật”.

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI

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

Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, chúng tôi sẽ không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai mà theo đó không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi cần tiết lộ, trước tiên chúng tôi sẽ phải được quý vị cho phép bằng văn bản. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay mặt quý vị cần xác định sự cho phép bằng văn bản.

Trong một vài trường hợp, chúng tôi sẽ không cần phải xin phép quý vị trước theo hình thức văn bản. Các trường hợp ngoại lệ này sẽ xảy ra khi được pháp luật cho phép hoặc bắt buộc:

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

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

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình và nhận bản sao hồ sơ. Chúng tôi có thể tính phí cho việc sao chép hồ sơ y tế của quý vị
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc sửa chữa 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 hay không.
- Quý vị có quyền biết liệu chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với những người khác hay không và bằng cách nào.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc về quyền riêng tư PHI của quý vị, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

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

Là hội viên thuộc chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin về chương trình, các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình và các dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể sử dụng.

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ thông dịch viên để trả lời những thắc mắc của quý vị về chương trình chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên. Đây là một dịch vụ miễn phí cho quý vị. Tài liệu này có sẵn các ngôn ngữ Tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt, khi gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng bản in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ phần nào sau đây, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi bao gồm:
 - thông tin tài chính.
 - đánh giá chương trình từ hội viên tham gia.
 - số lượng khiếu nại của các hội viên.
 - làm thế nào để rời khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các nhà cung cấp và các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
 - cách chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp chăm sóc chính.
 - trình độ của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.
 - cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ và thuốc được đài thọ, bao gồm:
 - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** của **Cẩm Nang Hội Viên**) và các loại thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** của **Cẩm Nang Hội Viên**) được đài thọ trong chương trình của chúng tôi.
 - giới hạn đối với bảo hiểm và thuốc của quý vị.
 - những quy tắc mà quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc được đài thọ.
- Lý do một hạng mục nào đó không được đài thọ và quý vị có thể làm gì khi gặp tình huống này (tham khảo **Chương 9** trong **Cẩm Nang Hội Viên**), bao gồm cả việc yêu cầu chúng tôi:
 - trình bày lý do không bảo hiểm cho một hạng mục được chỉ định bằng văn bản.
 - thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra.
 - thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được.

E. Các nhà cung cấp trong mạng lưới không có quyền lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện và những nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi cũng không có quyền yêu cầu quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Những đối tượng này cũng không có quyền quyết toán hóa đơn hoặc tính phí quý vị nếu chúng tôi trả ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí. Để tìm hiểu những việc cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới muốn tính phí quý vị cho các dịch vụ được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 7** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi

Không ai có thể ép buộc quý vị tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua Medicare Nguyên Thủy hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D của mình từ chương trình thuốc theo toa hoặc từ một chương trình MA khác.
- Hãy tham khảo Chương 10 trong Cẩm Nang Hội Viên này:
 - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình quyền lợi MA hoặc thuốc theo toa mới.
 - Để biết thêm thông tin về cách nhận được quyền lợi Medi-Cal nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của chính quý vị

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

G1. Quyền biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị

Các bác sĩ của quý vị phải giải thích tình trạng của quý vị cùng các lựa chọn điều trị mà quý vị đang có theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Quyền nhận biết các lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả lựa chọn điều trị.
- **Quyền nhận biết rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về mọi rủi ro liên quan. Chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết trước nếu có bất kỳ dịch vụ hoặc điều trị nào thuộc một phần của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối các phương pháp điều trị thử nghiệm.
- **Quyền nhận ý kiến y khoa thứ hai.** Quý vị có quyền sử dụng bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ việc điều trị nào. Quyền từ chối này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị có quyền dùng một loại thuốc kê toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc dùng một loại thuốc kê toa thì chúng tôi sẽ không loại quý vị ra khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc dùng thuốc, quý vị chấp nhận chịu trách nhiệm hoàn toàn đối với những điều xảy ra với quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do tại sao nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền được nhận lời giải thích từ chúng tôi nếu nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị nghĩ rằng mình nên được nhận.
- Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho một dịch vụ hoặc một loại thuốc mà chúng tôi từ chối hoặc thường không đài thọ. Đây được gọi là quyết định bảo hiểm. Chương 9 của Cẩm Nang Hội Viên này sẽ hướng dẫn cách yêu cầu chúng tôi cấp quyết định bảo hiểm.

G2. Quý vị có quyền nói những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình

Đôi khi mọi người không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu đơn bằng văn bản cho phép ai đó có quyền đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị.
- Cung cấp cho bác sĩ của quý vị các văn bản chỉ dẫn về cách xử lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định cho chính mình, bao gồm cả những chăm sóc mà quý vị không muốn.

Tài liệu pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra các chỉ dẫn của mình được gọi là “chỉ thị trước”. Chỉ thị trước có nhiều loại và nhiều tên khác nhau. Ví dụ: ý nguyện trị liệu và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước nhưng quý vị có thể lập văn bản đó. Đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy mẫu đơn đó.** Quý vị có thể nhận mẫu đơn từ bác sĩ, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý hoặc nhân viên xã hội. Các mẫu đơn này thường có tại các nhà thuốc và văn phòng của nhà cung cấp. Quý vị có thể tìm mẫu đơn miễn phí trực tuyến và tải mẫu đơn đó xuống. Quý vị cũng có thể liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu cấp mẫu đơn.
- **Điền vào mẫu đơn và ký tên.** Mẫu đơn này là một văn bản pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc nhờ luật sư hoặc người nào khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, để giúp quý vị hoàn thành mẫu đơn này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- **Hãy đưa bản sao cho những người cần biết.** Quý vị nên đưa một bản sao mẫu đơn cho bác sĩ của mình. Quý vị cũng nên đưa một bản sao cho người mà quý vị chỉ định đưa ra quyết định cho quý vị. Có thể quý vị cần đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình. Giữ lại một bản sao tại nhà.
- Nếu đang điều trị tại bệnh viện và có bản chỉ thị trước đã ký tên, **quý vị hãy mang một bản sao của chỉ thị trước đó đến bệnh viện.**
- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị rằng quý vị đã có mẫu đơn chỉ thị trước đã ký tên hay chưa và quý vị có mang theo mẫu đơn này không.
- Nếu quý vị chưa có một mẫu đơn chỉ thị trước đã ký tên nào, bệnh viện sẽ có các mẫu đơn và sẽ hỏi rằng quý vị có muốn ký tên vào một mẫu đơn trong số đó hay không.

Quý vị có quyền:

- Đưa chỉ thị trước của quý vị vào trong hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước của quý vị bất kỳ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi đối với luật về chỉ thị trước. Chương trình của chúng tôi sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với luật tiểu bang trong vòng muộn nhất là 90 ngày sau khi có thay đổi.

Để biết thêm thông tin, xin gọi Dịch Vụ Hội Viên.

G3. Việc cần làm nếu chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo

Nếu quý vị đã ký một chỉ thị trước và quý vị cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân theo các chỉ dẫn trong văn bản đó, quý vị có thể làm đơn than phiền gửi tới Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được liệt kê trong **Chương 2, Phần F** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

H. Quý vị có quyền làm đơn than phiền và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình

Chương 9 của **Cẩm Nang Hội Viên** này cho quý vị biết những việc có thể làm nếu có bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được đài thọ của mình. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, làm đơn khiếu nại để thay đổi quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn than phiền.

Quý vị có quyền được nhận các thông tin về các đơn khiếu nại và than phiền mà các hội viên khác của chương trình đã nộp cho chúng tôi. Hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên để nhận các thông tin này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

H1. Việc quý vị cần làm khi bị đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của mình

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đối xử bất công với quý vị – và đó **không phải** là phân biệt đối xử vì những lý do được liệt kê trong **Chương 11** của **Cẩm Nang Hội Viên** này – hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể gọi:

- Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815**, 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Người dùng TTY hãy gọi số **711**.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số **1-800-434-0222**. Để biết thêm thông tin chi tiết về HICAP, hãy tham khảo **Chương 2, Mục E** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Chương Trình Medicare và Thanh Tra Medi-Cal theo số **1-888-804-3536**. Để biết thêm thông tin chi tiết về chương trình này, hãy tham khảo **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Chương Trình Thanh Tra Viên Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **1-888-452-8609**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
- Medicare theo số **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**. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Quyền và sự bảo vệ của Medicare” trên trang mạng của Medicare theo địa chỉ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Thông tin về đánh giá công nghệ mới

Công nghệ thay đổi nhanh chóng tác động đến việc chăm sóc sức khỏe và y khoa nhiều như bất cứ ngành nghề nào khác. Để xác định một thuốc mới hay việc phát triển y tế khác có những lợi ích lâu dài hay không, chương trình chúng tôi thận trọng theo dõi và đánh giá các công nghệ mới để đưa vào như quyền lợi được đòi hỏi. Những công nghệ này bao gồm những thủ thuật y tế, thiết bị y tế và thuốc mới.

J. Quý vị có thể đưa ra đề xuất về quyền và trách nhiệm

Là một hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị có quyền đưa ra những đề nghị về các quyền và trách nhiệm được bao gồm tại chương này. Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên nếu có bất kỳ đề xuất nào.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

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

Là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm phải thực hiện những điều được liệt kê dưới đây. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

- **Hãy đọc *Cẩm Nang Hội Viên*** để tìm hiểu về những hạng mục được chương trình chúng tôi đài thọ và các quy tắc phải tuân theo để được nhận các dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết thông tin chi tiết về:
 - Các dịch vụ được đài thọ của quý vị, hãy tham khảo **Chương 3 và 4** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này. Những chương đó sẽ cho quý vị biết những hạng mục được đài thọ, những hạng mục không được đài thọ, những quy tắc cần tuân theo và những hạng mục cần thanh toán.
 - Thuốc được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 5 và 6** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo toa nào khác mà quý vị có.** Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sử dụng được tất cả các lựa chọn bảo hiểm của mình khi được chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.
- **Hãy báo với bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác** rằng quý vị là hội viên của chương trình chúng tôi. Quý vị hãy xuất trình Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của mình khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc.
- **Hãy giúp bác sĩ của quý vị** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mang đến cho quý vị sự chăm sóc tốt nhất.
 - Cung cấp cho họ thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Quý vị hãy tìm hiểu về các vấn đề sức khỏe của mình càng nhiều càng tốt. Tuân theo các phác đồ và chỉ dẫn điều trị mà quý vị và các nhà cung cấp của quý vị đồng ý với nhau.
 - Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác được biết về tất cả các loại thuốc mà quý vị sử dụng. Các loại thuốc này bao gồm thuốc theo toa, thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng bổ sung.
 - Hãy đặt những câu hỏi mà quý vị thắc mắc. Bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác phải giải thích sao cho quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt một câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Làm việc với điều phối viên chăm sóc của quý vị** bao gồm hoàn thành đánh giá rủi ro sức khỏe thường niên.
- **Hãy quan tâm đến người khác.** Chúng tôi mong tất cả hội viên của chương trình tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng mong quý vị cư xử đúng mực trong văn phòng bác sĩ, bệnh viện và với các văn phòng nhà cung cấp khác.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- **Trả số tiền quý vị còn nợ.** Là hội viên của chương trình, quý vị phải chịu trách nhiệm cho các khoản thanh toán sau đây:
 - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết hội viên của chương trình, Medi-Cal sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.
 - Đối với một số dịch vụ và hỗ trợ dài hạn hoặc thuốc của quý vị được chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình khi nhận dịch vụ hoặc thuốc đó. **Chương 4** cho biết số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình. **Chương 6** cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc của mình.
 - Nếu quý vị **nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (Lưu ý: Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không đài thọ cho một dịch vụ hoặc thuốc, quý vị có thể khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu cách khiếu nại.)
- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển nhà đi.** Nếu có kế hoạch chuyển nhà, quý vị hãy báo cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.
 - Quý vị không thể tham gia chương trình nếu chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi. Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể tham gia chương trình này. **Chương 1** của **Cẩm Nang Hội Viên** này sẽ cho quý vị biết về khu vực phục vụ của chúng tôi.
 - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có đang chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi hay không. Trong thời hạn ghi danh đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc đăng ký vào chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa của Medicare tại địa điểm mới của mình. Chúng tôi có thể báo cho quý vị biết nếu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị.
 - Quý vị hãy báo cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của mình khi chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
 - **Nếu quý vị chuyển đi mà vẫn ở trong khu vực phục vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần được biết.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Hãy báo cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc có cách tốt hơn để liên hệ với quý vị.
- Hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** truy cập kp.org/medicare.

Chương 9. Những việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề hoặc có than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)

Phân Giới Thiệu

Các thông tin về quyền của quý vị có trong chương này. Hãy đọc chương này để biết những việc cần làm nếu:

- Quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền về chương trình của mình.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình của quý vị cho biết họ sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình của mình đưa ra về dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Quý vị nghĩ rằng các dịch vụ được đài thọ của mình sắp phải chấm dứt quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình, bao gồm các Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) và các dịch vụ tại Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facility, NF).

Chương này gồm các phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy những gì mình đang tìm kiếm. **Nếu gặp vấn đề hoặc có thắc mắc, quý vị hãy đọc các phần trong chương này áp dụng cho trường hợp của mình.**

Quý vị nên được chăm sóc sức khỏe, nhận thuốc cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc của quý vị bao gồm trong chương trình chăm sóc của quý vị. **Nếu gặp vấn đề về dịch vụ chăm sóc của mình, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số 1-888-804-3536 để được trợ giúp.** Chương này giải thích các lựa chọn khác nhau dành cho quý vị đối với các vấn đề và than phiền khác nhau nhưng quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra bất cứ lúc nào để được hướng dẫn giải quyết vấn đề của mình. Để biết thêm các nguồn lực có thể giải đáp thắc mắc cho quý vị và cách liên hệ với họ, hãy tham khảo **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 9 Mục Lục

A. Những việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề hoặc có lo ngại	226
A1. Về các thuật ngữ pháp lý	226
B. Nơi nhận trợ giúp	226
B1. Để biết thêm thông tin và để được trợ giúp	226
C. Tìm hiểu về than phiền và khiếu nại về Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi	228
D. Các vấn đề về quyền lợi của quý vị	228
E. Quyết định đài thọ và khiếu nại	229
E1. Quyết định bảo hiểm	229
E2. Khiếu nại	230
E3. Trợ giúp về các quyết định bảo hiểm và khiếu nại	231
E4. Phần nào của chương này có thể giúp quý vị	232
F. Chăm sóc y tế	232
F1. Sử dụng phần này	232
F2. Yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm	233
F3. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1	236
F4. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2	240
F5. Các vấn đề về thanh toán	247
G. Thuốc theo toa Medicare Phần D	248
G1. Quyết định đài thọ và khiếu nại Medicare Phần D	249
G2. Các ngoại lệ đối với Medicare Phần D	250
G3. Những điều quan trọng cần biết về cách yêu cầu một trường hợp ngoại lệ	251
G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả một trường hợp ngoại lệ	252
G5. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1	255

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**,
8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết
thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G6. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2	257
H. Yêu cầu chúng tôi đòi thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn	259
H1. Tìm hiểu về quyền lợi Medicare của quý vị.....	260
H2. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1	261
H3. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2	263
H4. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 1	264
H5. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 2	265
I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định.....	265
I1. Thông báo trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc.....	266
I2. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1	266
I3. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2	268
I4. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 1	269
I5. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 2	270
J. Chuyển khiếu nại của quý vị vượt mức Cấp 2	271
J1. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng của Medicare	271
J2. Khiếu nại Medi-Cal bổ sung.....	272
J3. Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu Thuốc Medicare Phần D.....	273
K. Cách làm đơn than phiền.....	274
K1. Những loại vấn đề nào nên bị than phiền	274
K2. Đơn than phiền nội bộ.....	276
K3. Đơn than phiền bên ngoài.....	277

A. Những việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này sẽ giải thích cách xử lý các vấn đề và giải đáp các thắc mắc. Quy trình mà quý vị áp dụng sẽ tùy thuộc vào loại vấn đề mà quý vị gặp phải. Áp dụng một quy trình để **đưa ra quyết định bảo hiểm và làm đơn khiếu nại** và quá trình còn lại để **làm đơn than phiền**; hay còn gọi là phàn nàn.

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

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Chương này có các thuật ngữ pháp lý đối với một số quy tắc và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số đó có thể sẽ khó hiểu, do đó khi có thể, chúng tôi sẽ sử dụng các từ đơn giản hơn để thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Chúng tôi sẽ hạn chế sử dụng chữ viết tắt càng ít càng tốt.

Ví dụ: chúng tôi sẽ nói:

- “Làm đơn than phiền” thay vì “nộp đơn phàn nàn.”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “quyết định quyền lợi”, “quyết định rủi ro” hoặc “quyết định phạm vi bảo hiểm”.
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “quyết định cấp tốc”.
- “Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập” (Independent Review Organization, IRO) thay vì “Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập” (Independent Review Entity, IRE)

Biết được các thuật ngữ pháp lý thích hợp có thể giúp quý vị truyền đạt rõ ràng hơn, do đó chúng tôi cũng sẽ cung cấp những thuật ngữ đó.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và để được trợ giúp

Đôi khi quý vị sẽ lúng túng khi bắt đầu hoặc làm theo quy trình giải quyết một vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc có ít năng lượng. Cũng có những lúc quý vị có thể không nắm được thông tin mình cần để thực hiện bước tiếp theo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Trợ giúp từ Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế

Quý vị có thể gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Các tư vấn viên trong HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu phải làm gì để giải quyết vấn đề của mình. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP có các tư vấn viên được đào tạo ở mọi quận và dịch vụ được cung cấp miễn phí. Số điện thoại của HICAP là **1-800-434-0222**.

Trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal và nói chuyện với người hỗ trợ về các câu hỏi về bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Họ sẽ cung cấp trợ giúp pháp lý miễn phí. Chương Trình Thanh Tra không có kết nối với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là **1-888-804-3536** và trang mạng của họ là **www.healthconsumer.org**.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và để được trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Sau đây là hai cách để được nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi vào số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, đường dây hoạt động 24/7. Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**.
- Truy cập trang mạng của Medicare (**www.medicare.gov**).

Trợ giúp từ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California

Thanh tra viên chương trình Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (The California Department of Health Care Services, DHCS) có thể trợ giúp quý vị. Họ có thể trợ giúp quý vị nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Họ cũng có thể giúp đỡ nếu quý vị đã chuyển đi và đang gặp rắc rối trong việc chuyển Medi-Cal của quý vị đến quận mới. Quý vị có thể gọi cho Thanh Tra Viên từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số **1-888-452-8609**.

Trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

Hãy liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California để được trợ giúp miễn phí. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) có trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal hoặc gặp các vấn đề về thanh toán. Số điện thoại là **1-888-466-2219**. Những cá nhân bị điếc, lãng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TDD miễn phí là **1-877-688-9891**. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) tại **www.HealthHelp.ca.gov**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Bộ Quản Lý Y Tế California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có phàn nàn đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và áp dụng quy trình phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên lạc với cơ quan này. Việc sử dụng thủ tục phàn nàn này không nghiêm cấm bất kỳ quyền hạn pháp lý tiềm năng nào hoặc các biện pháp có thể có sẵn cho quý vị. Nếu cần giúp về việc phàn nàn liên quan đến một trường hợp cấp cứu, một đơn phàn nàn chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một đơn phàn nàn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện thoại đến sở này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Duyệt xét Y khoa Độc lập (“IMR”). Nếu quý vị hội đủ điều kiện với IMR, thủ tục IMR sẽ xem xét công bằng các quyết định y tế được thực hiện bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe, liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc việc điều trị được đề xuất, quyết định đài thọ cho việc điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, và các tranh chấp thanh toán các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Cơ quan này cũng có số điện thoại miễn cước (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng internet của cơ quan này tại địa chỉ <https://www.dmhc.ca.gov> có các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn xin IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Tìm hiểu về than phiền và khiếu nại về Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị. Đây đôi khi được gọi là “quy trình tích hợp” vì nó kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi không thể kết hợp quy trình Medicare và Medi-Cal với nhau. Trong những trường hợp đó, quý vị hãy áp dụng một quy trình dành cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác dành cho quyền lợi Medi-Cal. **Mục F4** sẽ giải thích những trường hợp này.

D. Các vấn đề về quyền lợi của quý vị

Nếu gặp vấn đề hoặc có thắc mắc, quý vị hãy đọc các phần trong chương này áp dụng cho trường hợp của mình. Bảng sau đây sẽ giúp quý vị tìm đúng phần trong chương này đối với các vấn đề hoặc than phiền.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

<p>Có phải vấn đề hay quan ngại của quý vị là về các quyền lợi hay đòi thọ của quý vị không?</p> <p>Trong đó bao gồm các vấn đề về việc các dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể hoặc thuốc theo toa có được đòi thọ hay không, cách thức đòi thọ và các vấn đề về thanh toán đối với dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa.</p>	
<p>Có.</p> <p>Vấn đề của tôi là về quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm.</p> <p>Tham khảo Phần E, “Quyết định bảo hiểm và khiếu nại.”</p>	<p>Không.</p> <p>Vấn đề của tôi không phải là về quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm.</p> <p>Tham khảo Phần K, “Cách làm đơn than phiền.”</p>

E. Quyết định đòi thọ và khiếu nại

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và làm đơn khiếu nại sẽ giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị. Quy trình này cũng bao gồm các vấn đề về thanh toán.

E1. Quyết định bảo hiểm

Quyết định bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Ví dụ: bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị đưa ra quyết định bảo hiểm (có lợi) cho quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế từ họ (tham khảo **Chương 4, Mục H** trong **Cẩm Nang Hội Viên**) này.

Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm. Có thể quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không chắc rằng liệu chúng tôi có đòi thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc liệu chúng tôi có thể từ chối cung cấp chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần hay không. **Nếu muốn biết liệu chúng tôi có đòi thọ cho một dịch vụ 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.**

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm bất cứ khi nào chúng tôi quyết định được những hạng mục được đòi thọ cho quý vị và số tiền chúng tôi sẽ trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng một dịch vụ hoặc một loại thuốc không được hoặc không còn được Medicare hoặc Medi-Cal đòi thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đòi thọ này, quý vị có thể khiếu nại.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E2. Khiếu nại

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm mà quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể “khiếu nại” quyết định đó. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi duyệt xét và thay đổi quyết định đài thọ mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị khiếu nại một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Khiếu Nại Cấp 1. Trong khiếu nại này, chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi đã tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay chưa. Đơn khiếu nại của quý vị sẽ được xử lý do những người duyệt xét khác mà không phải những người đã đưa ra quyết định bất lợi ban đầu.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu khiếu nại ở Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc bao gồm mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị đang bị đau dữ dội và cần có quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Tế IMR từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý theo địa chỉ **www.dmhc.ca.gov**. Tham khảo phần “Đơn Than Phiền và Đánh Giá Y Khoa Độc Lập (“IMR”) với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý” ở phần sau của chương này để biết thêm thông tin.

Khi hoàn thành việc duyệt xét, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp nhất định được giải thích sau trong chương này, quý vị có thể yêu cầu “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc cấp tốc hoặc khiếu nại nhanh về quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng y tế Medicare hoặc thuốc Phần B, thư này sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị đến Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (IRO) để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare Phần D hoặc Medicaid, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng được cả Medicare và Medicaid đài thọ, thư sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cả hai loại Khiếu nại Cấp 2.

Nếu không hài lòng với quyết định Khiếu Nại Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục tiến hành các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

E3. Trợ giúp về các quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ tổ chức nào sau đây:

- **Dịch Vụ Hội Viên** theo các số điện thoại ở cuối trang.
- Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số 1-888-804-3536.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222.
- **Trung Tâm Trợ Giúp tại Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal hoặc gặp các vấn đề về thanh toán. Số điện thoại là **1-888-466-2219**. Những cá nhân bị điếc, lãng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TDD miễn phí là **1-877-688-9891**. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) tại **www.HealthHelp.ca.gov**.
- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị.** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình.** Quý vị có thể chỉ định một người khác đại diện cho quý vị với tư cách là “người đại diện” của quý vị và yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn khiếu nại.
- **Luật sư.** Quý vị có quyền thuê luật sư, nhưng không bắt buộc phải có luật sư thì mới yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn khiếu nại được.
 - Quý vị hãy gọi cho luật sư riêng của mình, hoặc tìm tên luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đạt tiêu chuẩn.
 - Yêu cầu luật sư trợ giúp pháp lý từ Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số **1-888-804-3536**.
- Nếu muốn một luật sư hoặc người khác làm người đại diện cho mình, quý vị hãy điền vào mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện. Mẫu đơn này sẽ cho phép ai đó đại diện cho quý vị.
- Hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu cấp mẫu đơn “Chỉ Định Người Đại Diện”. Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao mẫu đơn đã được ký tên.**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

E4. Phần nào của chương này có thể giúp quý vị

Có bốn trường hợp liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Mỗi trường hợp sẽ có những quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin chi tiết cho từng trường hợp trong một phần riêng biệt của chương này. Tham khảo phần có áp dụng:

- **Phần F**, “Chăm sóc y tế”
- **Phần G**, “Thuốc theo toa Medicare Phần D”
- **Phần H**, “Yêu cầu chúng tôi đòi thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn”
- **Phần I**, “Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).”

Nếu không rõ mình sử dụng phần nào, quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị (**Chương 2, Phần E của Cẩm Nang Hội Viên** này có ghi các số điện thoại của chương trình này).

F. Chăm sóc y tế

Phần này giải thích những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận bảo hiểm cho các chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí chăm sóc của quý vị.

Mục này nói về các quyền lợi của quý vị đối với các dịch vụ và chăm sóc y tế được mô tả trong **Chương 4 của Cẩm Nang Hội Viên** này. Chúng tôi thường đề cập đến “bảo hiểm chăm sóc y tế” hoặc “chăm sóc y tế” trong phần còn lại của phần này. Thuật ngữ “chăm sóc y tế” bao gồm các dịch vụ và vật dụng y tế cũng như các loại thuốc theo toa của Medicare Phần B, là các loại thuốc do bác sĩ hoặc chuyên gia y tế của quý vị quản lý. Các quy tắc khác nhau có thể áp dụng cho thuốc theo toa Medicare Phần B. Khi áp dụng các quy tắc đó, chúng tôi sẽ giải thích điểm khác biệt giữa các quy tắc dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B và các quy tắc dành cho các dịch vụ và vật dụng y tế.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích những việc quý vị có thể làm trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ rằng chúng tôi có đòi thọ cho chăm sóc y tế mà quý vị cần nhưng quý vị lại không nhận được.

Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Tham khảo **Phần F2**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

2. Chúng tôi đã không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị nghĩ chúng tôi nên chấp thuận.

Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Phần F3**.

3. Quý vị đã nhận được chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi sẽ đài thọ nhưng chúng tôi sẽ không thanh toán.

Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Phần F5**.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho các chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi sẽ đài thọ, và quý vị muốn chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.

Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Tham khảo **Phần F5**.

5. Chúng tôi đã cắt giảm hoặc dừng bảo hiểm của quý vị đối với một số chăm sóc y tế nhất định và quý vị cho rằng quyết định đó của chúng tôi có thể làm tổn hại đến sức khỏe của quý vị.

Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định cắt giảm hoặc dừng chăm sóc y tế của chúng tôi. Tham khảo **Phần F4**.

- Nếu phạm vi bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ CORF, các quy tắc đặc biệt được áp dụng. Tham khảo **Phần H** hoặc **Phần I** để tìm hiểu thêm.
- Đối với tất cả các trường hợp khác liên quan đến việc cắt giảm hoặc dừng bảo hiểm của quý vị đối với một số chăm sóc y tế nhất định, quý vị hãy sử dụng phần này (**Phần F**) làm hướng dẫn cho mình.

6. Dịch vụ chăm sóc của quý vị bị chậm trễ hoặc quý vị không thể tìm được bác sĩ.

- **Những việc quý vị có thể làm:** Quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Phần K2**.

F2. Yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm

Khi một quyết định bảo hiểm bao gồm các chăm sóc y tế của quý vị thì quyết định đó được gọi là “**Quyết định hợp nhất của tổ chức**”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bằng cách:
- Gọi đến số: **1-800-443-0815**, 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, TTY: **711**. Nếu quyết định bảo hiểm, đơn khiếu nại hoặc đơn than phiền của quý vị đạt tiêu chuẩn để nhận quyết định nhanh, hãy gọi cho Ban Duyệt Xét Cấp Tốc theo số **1-888-987-7247**, từ 8:30 sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Bảy.
- Gửi fax: 1-888-987-2252.
- Viết đơn:
 - Đối với quyết định bảo hiểm thông thường hoặc cần than phiền, hãy làm đơn gửi đến văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (xem **Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc** để biết địa điểm).
 - Đối với khiếu nại thông thường, hãy làm đơn gửi tới địa chỉ hiển thị trên thông báo từ chối mà chúng tôi gửi cho quý vị. Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy làm đơn gửi đến:
Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Quyết định bảo hiểm thông thường

Khi chúng tôi đưa ra quyết định cho quý vị, chúng tôi áp dụng thời hạn “thông thường” trừ trường hợp chúng tôi đồng ý áp dụng thời hạn “nhanh”. Quyết định bảo hiểm thông thường có nghĩa là chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời về:

- Dịch vụ hoặc vật dụng y tế trong vòng 14 ngày theo lịch khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Đối với các chương trình Knox-Keene, trong vòng 5 ngày làm việc và không quá 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Thuốc theo toa của Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Quyết định bảo hiểm nhanh

Thuật ngữ pháp lý dành cho “quyết định bảo hiểm nhanh” là “**quyết định cấp tốc**”.

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm đối với các chăm sóc y tế của mình và tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải phản hồi nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bảo hiểm nhanh”. Quyết định bảo hiểm nhanh nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị về:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Dịch vụ hoặc vật dụng y tế trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần phản hồi nhanh hơn.
- Thuốc theo toa của Medicare Phần B trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Để nhận được một quyết định đài thọ nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị yêu cầu bảo hiểm cho chăm sóc y tế mà quý vị **đã không nhận được**.
- Áp dụng thời hạn thông thường **có thể làm tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị** hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị báo cho chúng tôi biết tình trạng sức khỏe của quý vị cần có quyết định đó. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết điều đó và thay vào đó chúng tôi sẽ áp dụng các thời hạn thông thường. Thư này sẽ cho quý vị biết:

- Nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh.
- Cách quý vị có thể nộp đơn “than phiền nhanh” về quyết định của chúng tôi rằng sẽ cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm thông thường thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về cách làm đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, quý vị hãy tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để giải thích lý do.

- Nếu chúng tôi **Từ chối**, quý vị có quyền khiếu nại. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã sai sót thì khiếu nại chính là hình thức chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình và thay đổi quyết định đó.
- Nếu quý vị quyết định làm đơn khiếu nại, quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của quy trình khiếu nại (tham khảo **Phần F3**).

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu của quý vị đối với quyết định bảo hiểm, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về các trường hợp bác bỏ yêu cầu bao gồm:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu yêu cầu không đầy đủ,
- Nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm điều đó **hoặc**
- Nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình.

Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị để giải thích lý do tại sao yêu cầu đó bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ đó

F3. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1

Để bắt đầu khiếu nại, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Yêu cầu khiếu nại thông thường hoặc khiếu nại nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.

- Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu tiếp tục cấp một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị nhận được trong thời gian khiếu nại, quý vị có thể cần phải chỉ định họ là người đại diện để thay mặt quý vị đưa ra hành động.
- Nếu người làm đơn khiếu nại cho quý vị không phải là bác sĩ của quý vị, quý vị hãy kèm theo một mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại mà không cần mẫu đơn này nhưng chỉ khi nhận được mẫu đơn thì chúng tôi mới có thể bắt đầu hoặc hoàn tất việc xem xét. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị:
 - Chúng tôi sẽ bác bỏ yêu cầu của quý vị và
 - Chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho quý vị để giải thích rằng quý vị có quyền yêu cầu IRO xem xét lại quyết định bác bỏ đơn khiếu nại của chúng tôi.

Quý vị phải yêu cầu khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư báo cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bị lỡ thời hạn mà có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để làm đơn khiếu nại. Ví dụ: lý do chính đáng chẳng hạn như quý vị mắc bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Khi làm đơn khiếu nại, quý vị hãy giải thích lý do đơn khiếu nại của quý vị bị trễ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin về khiếu nại của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị. Yêu cầu này phải bằng văn bản.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

Thuật ngữ pháp lý dành cho “khiếu nại nhanh” là **“xem xét lại cấp tốc”**.

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi về việc đòi thọ cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị không nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị hãy quyết định xem có cần khiếu nại nhanh hay không.

Chúng tôi tự động cung cấp khiếu nại nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần điều đó. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận khiếu nại nhanh không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết điều đó và thay vào đó chúng tôi sẽ áp dụng các thời hạn thông thường. Thư này sẽ cho quý vị biết:
 - Nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ tự động đưa ra khiếu nại nhanh.
 - Cách quý vị có thể nộp đơn “than phiền nhanh” về quyết định của chúng tôi rằng sẽ cung cấp cho quý vị khiếu nại thông thường thay vì khiếu nại nhanh. Để biết thêm thông tin về cách làm đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, quý vị hãy tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết chúng tôi đang dừng hoặc cắt giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục nhận các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong thời gian khiếu nại.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc dừng bảo hiểm đối với một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị nhận được, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện điều đó.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1.
- Chúng tôi sẽ tiếp tục đòi thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó nếu quý vị yêu cầu Khiếu Nại Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày hiệu lực dự kiến của hành động đó, tùy theo ngày nào muộn hơn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ được nhận dịch vụ hoặc vật dụng đó mà không có thay đổi gì trong khi Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị đang chờ được xử lý.
- Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng khiếu nại của quý vị) mà không có thay đổi nào.
- Nếu quý vị không khiếu nại trước những ngày này thì quý vị sẽ không được tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng trong khi chờ quyết định khiếu nại của mình.

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận toàn bộ thông tin về yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc hay chưa khi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần thiết. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để lấy thêm thông tin.

Khiếu nại nhanh có thời hạn.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần phản hồi nhanh hơn.** Chúng tôi sẽ đưa cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.
- Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Một IRO sau đó sẽ xem xét nó. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal đài thọ, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Chúng tôi bao gồm thêm thông tin trong phần sau của chương này. Chúng tôi sẽ không tự động nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình hình sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.
- **Nếu chúng tôi Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi đơn khiếu nại của quý vị đến IRO để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Khiếu nại thông thường có thời hạn.

- Khi áp dụng thời hạn thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị đối với phạm vi bảo hiểm cho những dịch vụ mà quý vị không được nhận.
- Nếu yêu cầu của quý vị là mua thuốc theo toa của Medicare Phần B mà quý vị không nhận được, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu phải làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trước thời hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Một IRO sau đó sẽ xem xét nó. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng mà Medi-Cal thường chi trả, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Chúng tôi bao gồm thêm thông tin trong phần sau của chương này. Chúng tôi sẽ không tự động nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal.

Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp đài thọ mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị hoặc nhanh nhất theo tình trạng sức khỏe của quý vị và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định của mình hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, quý vị có các quyền khiếu nại bổ sung:

- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare thì thư này sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị đến IRO để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal thì thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

F4. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết nếu Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình này thường thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được **Medicare** đài thọ, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại ngay khi hoàn tất Khiếu Nại Cấp 1.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được **Medi-Cal** đài thọ, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Thư sẽ hướng dẫn quý vị cách thực hiện điều này. Chúng tôi cũng bao gồm thêm thông tin trong phần sau của chương này.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng có thể được **cả Medicare và Medi-Cal** đài thọ, quý vị sẽ tự động nhận được Khiếu Nại Cấp 2 với IRO. Ngoài Khiếu Nại Cấp 2 tự động, quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang và Duyệt Xét Y Tế Độc Lập với tiểu bang. Tuy nhiên, Xét duyệt Y tế Độc lập sẽ không thực hiện được nếu quý vị đã trình bày bằng chứng trong Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu quý vị đạt tiêu chuẩn để tiếp tục nhận quyền lợi khi nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 thì quý vị cũng có thể tiếp tục nhận các quyền lợi của mình đối với dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang bị khiếu nại trong quá trình Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Phần F3** để biết thông tin về cách tiếp tục nhận quyền lợi của mình trong quá trình Khiếu Nại Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được **Medicare** đài thọ thì quý vị sẽ không thể tiếp tục nhận quyền lợi đối với dịch vụ đó trong quy trình Khiếu Nại Cấp 2 với IRO.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được **Medi-Cal** đài thọ thì quý vị vẫn sẽ tiếp tục được nhận quyền lợi đối với dịch vụ đó nếu quý vị nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medicare đài thọ

IRO xem xét khiếu nại của quý vị. Đó là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.

Tên chính thức của “Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập” (IRO) là **“Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập”**, đôi khi được gọi là **“IRE”**.

- Tổ chức này không có kết nối với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin khiếu nại của quý vị (“tệp hồ sơ” của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị được quyền nhận một bản sao miễn phí của tệp hồ sơ của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.
- Những nhân viên duyệt xét tại IRO sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu đã có khiếu nại nhanh Cấp 1, quý vị cũng sẽ có khiếu nại nhanh Cấp 2.

- Nếu có khiếu nại nhanh với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động nhận được khiếu nại nhanh Cấp 2. IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu đã có khiếu nại thông thường Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có khiếu nại thông thường Cấp 2.

- Nếu đã nộp khiếu nại thông thường cho chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động nhận được khiếu nại thông thường Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị là dành cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế thì IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Phần B, IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

IRO sẽ trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định:
 - Cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc
 - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO cho **yêu cầu thông thường** hoặc
 - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu cấp tốc**.
- Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với thuốc theo toa của Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa của Medicare Phần B đang bị tranh chấp:
 - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với yêu cầu thông thường hoặc
 - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu cấp tốc**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- **Nếu IRO Từ chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị**, nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) đối với việc đài thọ cho chăm sóc y tế. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối khiếu nại của quý vị”.
 - Nếu hồ sơ của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị sẽ chọn xem quý vị có muốn tiếp tục khiếu nại hay không.
 - Có ba cấp bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp.
 - Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị phải quyết định xem có nên chuyển sang Cấp 3 và làm đơn khiếu nại lần thứ ba hay không. Thông tin chi tiết về cách thực hiện việc này có trong văn bản thông báo mà quý vị đã nhận được sau Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị.
 - Một Thẩm Phán Luật Hành Chánh (AIJ) hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal đài thọ

(1) Duyệt Xét Y Tế Độc Lập

Có hai cách để khiếu nại Cấp 2 đối với dịch vụ và vật dụng Medi-Cal: (1) Nộp đơn than phiền hoặc Xét Duyệt Y Tế Độc Lập hoặc (2) Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu Xét Duyệt Y Tế Độc Lập (IMR) từ Trung Tâm Trợ Giúp tại Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California. Bằng cách nộp đơn than phiền, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi và đưa ra quyết định. IMR được thực hiện đối với bất kỳ dịch vụ hoặc vật dụng nào có tính chất y tế được Medi-Cal đài thọ nào. IMR là một cuộc duyệt xét trường hợp của quý vị được thực hiện do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi hoặc thuộc DMHC. Nếu IMR quyết định ủng hộ quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị sẽ không phải trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc xin IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn dịch vụ hoặc điều trị Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi xác định rằng điều đó là không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không đài thọ cho phương pháp điều trị Medi-Cal thử nghiệm hoặc nghiên cứu đối với một bệnh trạng nghiêm trọng.
- Tranh cãi liệu một dịch vụ hoặc thủ thuật phẫu thuật có tính chất thẩm mỹ hay tái tạo hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Sẽ không thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal cấp cứu hoặc khẩn cấp mà quý vị đã nhận được.
- Chưa giải quyết Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị đối với dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với khiếu nại thông thường hoặc 72 giờ hoặc sớm hơn, nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, đối với khiếu nại nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị đã nộp đơn khiếu nại cho quý vị nhưng chúng tôi không nhận được biểu mẫu Chỉ Định Người Đại Diện của quý vị, quý vị sẽ cần nộp lại đơn khiếu nại của mình cho chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp đơn xin IMR Cấp 2 lên Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý trừ khi đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở đau dữ dội, có thể mất mạng, chân tay hoặc chức năng chính của cơ thể.

Quý vị có quyền được thực hiện cả IMR và Điều Trần Cấp Tiểu Bang nhưng quý vị không được thực hiện IMR nếu đã trình bày bằng chứng trong Điều Trần Cấp Tiểu Bang mà đã có Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang về cùng một vấn đề.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn khiếu nại lên chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về quy trình khiếu nại Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC hoặc yêu cầu Trung Tâm Trợ Giúp DMHC cung cấp IMR.

Nếu điều trị của quý vị bị từ chối vì đó là điều trị thử nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không cần phải tham gia vào quy trình khiếu nại của chúng tôi trước khi nộp đơn xin IMR.

Nếu vấn đề của quý vị khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị đang bị đau dữ dội, quý vị có thể thông báo ngay cho DMHC mà không cần thông qua quy trình khiếu nại của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về khiếu nại của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng cho lý do chính đáng, như quý vị mắc bệnh khiến quý vị không thể xin IMR trong vòng 6 tháng hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để xin IMR:

- Điền vào Đơn Xin Xét Duyệt Y Tế Độc Lập/Biểu Mẫu Khiếu Nại có sẵn tại: **www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx** hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-688-9891.
- Nếu quý vị có chứng, hãy đính kèm các bản sao của thư hoặc giấy tờ khác về dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi đã từ chối. Điều này có thể tăng tốc quá trình IMR. Gửi bản sao của giấy tờ, không phải bản gốc. Trung Tâm Trợ Giúp không thể trả lại bất kỳ giấy tờ nào.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

- Điền vào Mẫu Đơn Ủy Quyền Người Hỗ Trợ nếu ai đó đang giúp quý vị về IMR của quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-688-9891.
- Gửi thư hoặc fax các mẫu đơn của quý vị và bất kỳ tệp đính kèm nào tới:
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: **1-916-255-5241**
- Quý vị cũng có thể gửi Đơn Xin Xét Duyệt Y Tế Độc Lập/Đơn Khiếu và đơn Ủy Quyền Người Hỗ Trợ trực tuyến: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi chương trình của quý vị nhận được đơn và các giấy tờ hỗ trợ, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh.

Nếu trường hợp của quý vị khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện nhận IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 2 ngày theo lịch để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi chương trình của quý vị nhận được đơn và các giấy tờ hỗ trợ, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh. Nếu không hài lòng với kết quả của IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả các hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị đang sử dụng một bác sĩ không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, điều quan trọng là quý vị phải lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị được yêu cầu nhận các bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định rằng trường hợp của quý vị không đủ điều kiện cho IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị thông qua quy trình than phiền thông thường của người tiêu dùng. Đơn than phiền của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh. Nếu đơn than phiền của quý vị khẩn cấp, đơn đó sẽ được giải quyết sớm hơn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đối với các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal đài thọ. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu một dịch vụ hoặc vật dụng mà sẽ không được chúng tôi chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã có và chúng tôi từ chối khiếu nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu một phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp **quý vị có 120 ngày để yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi thông báo “Thư Quyết Định Về Khiếu Nại” được gửi đến quý vị qua đường bưu điện.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang vì chúng tôi đã báo với quý vị rằng dịch vụ quý vị đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc dừng, **quý vị có ít ngày hơn để nộp yêu cầu của mình** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị đang chờ được xử lý. Hãy đọc “Tôi có được tiếp tục hưởng quyền lợi trong quá trình khiếu nại Cấp 2 không” trong chương này để biết thêm thông tin.

Có hai cách yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang:

1. Quý vị có thể hoàn thành “Đơn yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang” ở mặt sau của thông báo hành động. Quý vị nên cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu như họ và tên, địa chỉ, số điện thoại, tên của chương trình hoặc quận đã thực hiện hành động chống lại quý vị, (các) chương trình hỗ trợ có liên quan và lý do chi tiết tại sao quý vị muốn mở một phiên điều trần. Sau đó, quý vị có thể gửi yêu cầu của mình theo một trong những cách sau:
 - Đến sở phúc lợi của quận theo địa chỉ ghi trên thông báo.
 - Đến Sở Dịch Vụ Xã Hội California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - Đến Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo số fax **1-916-651-5210** hoặc **1-916-651-2789**.
2. Quý vị có thể gọi đến Sở Dịch Vụ Xã Hội California theo số **1-800-743-8525**. Người dùng TTY hãy gọi số **1-800-952-8349**. Nếu quyết định yêu cầu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, quý vị nên biết rằng đường dây điện thoại rất bận.

Quý vị không phải trả tiền để mở Phiên điều trần cấp Tiểu bang hay IMR.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Quý vị được quyền tham gia cả phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và IMR. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu mở Phiên điều trần cấp Tiểu bang trước và phiên điều trần đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu IMR. Trong trường hợp này, quyết định từ Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang là quyết định chính thức. Các quyết định về quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx không tuân theo quy trình IMR.

Các phần dưới đây sẽ cung cấp cho quý vị thêm thông tin về cách yêu cầu mở Phiên điều trần cấp Tiểu bang hoặc IMR.

Kaiser Permanente không giải quyết các đơn than phiền và khiếu nại liên quan đến quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx. Quý vị có thể nộp đơn than phiền và khiếu nại về các quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx bằng cách gọi số **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** và **nhấn phím 5** hoặc **711**). Tuy nhiên, các đơn than phiền và khiếu nại liên quan đến quyền lợi nhà thuốc không theo Medi-Cal Rx có thể sẽ đủ điều kiện để thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập Nếu quý vị không đồng ý với quyết định liên quan đến quyền lợi nhà thuốc của quý vị theo Medi-Cal Rx, quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Lưu ý: Các vật dụng và dịch vụ mà quý vị nhận được qua Chương Trình Hỗ Trợ Cộng Đồng không đủ tiêu chuẩn để thực hiện IMR.

Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị thì nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) đối với việc đòi hỏi cho chăm sóc y tế. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối khiếu nại của quý vị”.

Nếu quyết định của IRO hoặc Điều Trần Cấp Tiểu Bang là **Từ chối** đối với toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có các quyền khiếu nại bổ sung.

Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị được chuyển đến **IRO**, quý vị chỉ có thể khiếu nại lại khi giá trị tính theo đô la của dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị muốn đáp ứng một số tiền tối thiểu nhất định. Thẩm Phán Luật Hành Chánh (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc luật sư trọng tài giải quyết Khiếu Nại Cấp 3. **Thư mà quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có.**

Thư mà quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ mô tả lựa chọn khiếu nại tiếp theo.

Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về quyền khiếu nại của quý vị sau Cấp 2.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tính phí các dịch vụ và vật dụng được đài thọ cho quý vị. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức phí nhà cung cấp tính cho một dịch vụ hoặc vật dụng được đài thọ. Quý vị không bao giờ phải thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất mà quý vị được yêu cầu thanh toán là tiền đồng trả cho xe cứu thương, thẩm tách và một số vật dụng thuộc DME nhất định như mô tả trong Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** hoặc phần chia sẻ chi phí được mô tả trong **Chương 6**, nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn để nhận “Trợ Giúp Thêm”.

Nếu quý vị nhận được một hóa đơn nhiều hơn tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và vật dụng được đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý vấn đề này. Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn đó, quý vị có thể được hoàn tiền nếu tuân theo các quy tắc về nhận dịch vụ hoặc vật dụng đó.

Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 7** của **Cẩm Nang Hội Viên** này. Chương này mô tả các trường hợp khi quý vị có thể cần phải yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng hướng dẫn cách gửi cho chúng tôi các thủ tục giấy tờ để yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu hoàn tiền, quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán có được đài thọ hay không và liệu quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc vật dụng đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán đó, hành động này tương tự như việc **Đồng ý** với yêu cầu quyết định bảo hiểm của quý vị.
- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng đó không được đài thọ hoặc quý vị không tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư để báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó và giải thích lý do.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể làm đơn khiếu nại**. Thực hiện theo quy trình khiếu nại được mô tả trong **Phần F3**. Khi làm theo các hướng dẫn này, quý vị hãy lưu ý:

- Nếu quý vị làm đơn khiếu nại yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị đối với chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và tự thanh toán, quý vị không thể yêu cầu khiếu nại nhanh.

Nếu câu trả lời của chúng tôi đối với khiếu nại của quý vị là **Từ chối** và **Medicare** thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ gửi hồ sơ của quý vị đến IRO. Nếu việc này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.

- Nếu IRO bác bỏ quyết định của chúng tôi và nói rằng chúng tôi phải thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán này cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời đối với khiếu nại của quý vị là **Đồng ý** ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình khiếu nại sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán đó cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu IRO **Từ chối** khiếu nại của quý vị thì nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối khiếu nại của quý vị”. Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu câu trả lời của chúng tôi đối với khiếu nại của quý vị là **Từ chối** và **Medi-Cal** thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc theo toa Medicare Phần D

Các quyền lợi của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi có bao gồm phần đài thọ cho nhiều loại thuốc theo toa. Hầu hết trong số này đều là thuốc Medicare Phần D. Có một số loại thuốc mà Medicare Phần D không đài thọ mà Medi-Cal có thể đài thọ. **Phần này chỉ áp dụng cho các khiếu nại về thuốc Medicare Phần D**. Chúng tôi sẽ dùng từ “thuốc” trong phần còn lại của phần này thay vì luôn dùng từ “thuốc Medicare Phần D”.

Để được đài thọ, thuốc đó phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa. Điều đó có nghĩa là thuốc phải được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt hoặc được một số tài liệu tham khảo y tế nhất định hỗ trợ. Tham khảo **Chương 5** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

G1. Quyết định đòi thọ và khiếu nại Medicare Phần D

Sau đây là ví dụ về những quyết định đòi thọ mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Medicare Phần D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
 - Đòi thọ cho một loại thuốc Medicare Phần D không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình của chúng tôi hoặc
 - Bỏ qua giới hạn về bảo hiểm của chúng tôi đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận).
- Quý vị hỏi chúng tôi liệu một loại thuốc có được đòi thọ cho quý vị hay không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi nhưng chúng tôi phải chấp thuận cho quý vị trước khi chúng tôi đòi thọ).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị báo cho quý vị biết rằng không thể cung cấp thuốc như trong toa kê, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm ban đầu về các loại thuốc Medicare Phần D của quý vị được gọi là “**quyết định phạm vi bảo hiểm**”.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua. Đây là yêu cầu quyết định bảo hiểm về việc thanh toán.

Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể khiếu nại quyết định đó của chúng tôi. Phần này hướng dẫn quý vị cả cách yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm và cách làm đơn khiếu nại. Quý vị hãy sử dụng bảng dưới đây để tham khảo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Quý vị đã rơi vào tình huống nào trong số này?			
<p>Quý vị cần một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi bỏ qua một quy tắc hoặc giới hạn đối với một loại thuốc mà chúng tôi đài thọ.</p>	<p>Quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị cho rằng mình đáp ứng các quy tắc hoặc giới hạn của chương trình (chẳng hạn như được chấp thuận trước) đối với loại thuốc quý vị cần.</p>	<p>Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua và thanh toán.</p>	<p>Chúng tôi đã báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ không đài thọ hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách quý vị muốn.</p>
<p>Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định đài thọ.)</p>	<p>Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra một quyết định đài thọ.</p>	<p>Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. (Đây là một loại quyết định đài thọ.)</p>	<p>Quý vị có thể lập thủ tục khiếu nại. (Nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại).</p>
<p>Bắt đầu với Phần G2, sau đó tham khảo Phần G3 và G4.</p>	<p>Tham khảo Phần G4.</p>	<p>Tham khảo Phần G4.</p>	<p>Tham khảo Phần G5.</p>

G2. Các ngoại lệ đối với Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không đài thọ cho một loại thuốc theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một “trường hợp ngoại lệ”. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về việc đưa ra trường hợp ngoại lệ, quý vị có thể khiếu nại quyết định đó của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cần giải thích lý do về mặt y tế tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Yêu cầu đòi thọ cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu bãi bỏ giới hạn đối với một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu “ngoại lệ trong danh mục thuốc”.

Sau đây là một số ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

Đòi thọ cho thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi

- Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một trường hợp ngoại lệ và đòi thọ cho một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, quý vị sẽ thanh toán tiền đồng trả áp dụng cho tất cả các loại thuốc của chúng tôi.
- Quý vị không thể nhận được một trường hợp ngoại lệ đối với số tiền đồng trả bắt buộc cho thuốc.

Bãi bỏ giới hạn đối với một loại thuốc được đòi thọ

- Các quy tắc hoặc giới hạn bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** của **Cẩm Nang Hội Viên** để biết thêm thông tin).
- Các quy tắc và giới hạn bổ sung đối với một số loại thuốc nhất định bao gồm:
 - Buộc phải sử dụng phiên bản thuốc gốc của một loại thuốc thay vì biệt dược.
 - Được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý đòi thọ thuốc cho quý vị. Đôi khi đây được gọi là “sự cho phép trước” (prior authorization, PA).

G3. Những điều quan trọng cần biết về cách yêu cầu một trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải báo cho chúng tôi biết các lý do y tế.

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản báo cáo giải thích lý do y tế tại sao cần yêu cầu một trường hợp ngoại lệ. Để nhận được quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ đó.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều hơn một loại thuốc điều trị một bệnh trạng cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc “thay thế khác”. Nếu một loại thuốc thay thế khác có hiệu quả như loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe nào khác, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu của quý vị về trường hợp ngoại lệ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chúng tôi có thể **Đồng ý** hay **Từ chối** yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** yêu cầu quý vị về trường hợp ngoại lệ thì trường hợp ngoại lệ đó thường kéo dài cho đến cuối năm lịch đó. Điều này đúng chừng nào bác sĩ của quý vị còn tiếp tục kê loại thuốc đó cho quý vị và thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** yêu cầu của quý vị về trường hợp ngoại lệ, quý vị có thể làm đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về việc khiếu nại nếu chúng tôi **Từ chối**.

Mục tiếp theo hướng dẫn quý vị cách yêu cầu một quyết định đài thọ, kể cả một ngoại lệ.

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả một trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị muốn bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị (hay người kê toa khác) có thể làm việc này. Hãy đưa vào tên, thông tin liên hệ và thông tin yêu cầu thanh toán của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người khác đại diện cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể thuê luật sư đại diện cho mình.
- Tham khảo **Phần E3** để tìm hiểu cách chỉ định ai đó làm đại diện của quý vị.
- Quý vị không cần phải cung cấp văn bản cho phép của mình cho bác sĩ hoặc người kê toa khác để yêu cầu quyết định bảo hiểm thay mặt quý vị.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho một loại thuốc, hãy tham khảo **Chương 7** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.
- Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi “báo cáo hỗ trợ”. Báo cáo hỗ trợ đó phải bao gồm các lý do y tế do bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị đưa ra đối với yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
- Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể gửi bản báo cáo hỗ trợ đó cho chúng tôi qua fax hoặc đường bưu điện. Họ cũng có thể báo cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó gửi bản báo cáo qua fax hoặc đường bưu điện.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định đó, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bảo hiểm nhanh”.

Chúng tôi sẽ áp dụng “thời hạn thông thường” trừ trường hợp chúng tôi đồng ý sử dụng “thời hạn nhanh”.

- **Quyết định bảo hiểm thông thường** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được bản báo cáo của bác sĩ.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được báo cáo của bác sĩ.

“Quyết định bảo hiểm nhanh” được gọi là **“quyết định bảo hiểm cấp tốc”**.

Quý vị có thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Quyết định đó dành cho một loại thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị không thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị đối với một loại thuốc quý vị đã mua.
- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi áp dụng thời hạn thông thường.

Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị báo cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ đồng ý và đưa quyết định đó cho quý vị. Chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết.

- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng y tế của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn thông thường để thay thế.
 - Chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết. Thư này cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách làm đơn than phiền quyết định của chúng tôi.
 - Quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh và nhận được phản hồi trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Thời hạn của quyết định bảo hiểm nhanh

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được báo cáo hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc báo cáo hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Thư này cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

Thời hạn đối với quyết định bảo hiểm thông thường về một loại thuốc mà quý vị không nhận được

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được báo cáo hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc báo cáo hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị đối với một trường hợp ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Thư này cũng hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

Thời hạn dành cho một quyết định bảo hiểm thông thường đối với một loại thuốc 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 thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập xem xét.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ hoàn trả tiền cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Thư này cũng hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

G5. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1

Khiếu nại đối với chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là “**quyết định lại**” của chương trình.

- Quý vị hãy bắt đầu **khiếu nại thông thường hoặc khiếu nại nhanh** bằng cách gọi **1-866-206-2973**, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị (hay người kê toa khác) có thể làm việc này. Hãy đưa vào tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư báo cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bị lỡ thời hạn mà có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để làm đơn khiếu nại. Ví dụ: lý do chính đáng chẳng hạn như quý vị mắc bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Khi làm đơn khiếu nại, quý vị hãy giải thích lý do đơn khiếu nại của quý vị bị trễ.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin về khiếu nại của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

Khiếu nại nhanh còn được gọi là “**quyết định lại cấp tốc**”.

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi đối với loại thuốc mà quý vị không nhận được thì quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có cần khiếu nại nhanh hay không.
- Các yêu cầu đối với khiếu nại nhanh cũng tương tự như các yêu cầu dành cho quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ các quy tắc không khi chúng tôi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để lấy thêm thông tin.

Thời hạn dành cho khiếu nại nhanh Cấp 1

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
 - Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh.
 - Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ xem xét nó. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình khiếu nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng Ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị và hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

Thời hạn dành cho khiếu nại thông thường Cấp 1

- Nếu áp dụng thời hạn thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị về một loại thuốc mà quý vị không nhận được.
- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định của mình cho quý vị sớm hơn nếu quý vị không nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định sớm hơn. Nếu quý vị tin rằng tình trạng sức khỏe của mình buộc phải có quyết định sớm hơn, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ xem xét nó. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình khiếu nại Cấp 2.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp nhanh nhất có thể nếu sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định sớm hơn nhưng **chậm nhất là 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
- Chúng tôi phải **gửi cho quý vị khoản thanh toán** cho một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị và hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.
- Chúng tôi phải trả lời quý vị về việc hoàn tiền cho quý vị đối với một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ xem xét nó. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình khiếu nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị và hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

G6. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc làm một đơn khiếu nại khác. Nếu quý vị quyết định làm đơn khiếu nại khác, quý vị hãy áp dụng quy trình khiếu nại Khiếu Nại Cấp 2. **IRO** sẽ xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **Từ chối** đơn khiếu nại đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem liệu chúng tôi có nên thay đổi quyết định của mình hay không.

Tên chính thức của “Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập” (IRO) là “**Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**”, đôi khi được gọi là “**IRE**”.

Để làm đơn Khiếu Nại Cấp 2, quý vị, đại diện của quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với IRO **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét hồ sơ của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, thư chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách làm đơn Khiếu Nại Cấp 2** với IRO. Các hướng dẫn sẽ cho biết rằng ai có thể làm đơn Khiếu Nại Cấp 2, những thời hạn nào phải tuân theo và cách tiếp cận tổ chức này.
- Khi quý vị làm đơn khiếu nại với IRO, chúng tôi sẽ gửi cho tổ chức những thông tin chúng tôi có về khiếu nại của quý vị. Thông tin này được gọi là “tệp hồ sơ” của quý vị. **Quý vị có quyền nhận một bản sao miễn phí của tệp hồ sơ của mình.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

IRO sẽ xem xét đơn Khiếu Nại Cấp 2 Medicare Phần D của quý vị và trả lời cho quý vị bằng văn bản. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Thời hạn dành cho khiếu nại nhanh Cấp 2

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh, hãy yêu cầu IRO cấp khiếu nại nhanh.
- Nếu họ đồng ý thực hiện khiếu nại nhanh, họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị.
- Nếu họ **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận quyết định của IRO.

Thời hạn dành cho khiếu nại thông thường Cấp 2

Nếu quý vị có đơn khiếu nại thông thường Cấp 2, IRO sẽ phải trả lời cho quý vị:

- **Trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được đơn khiếu nại của quý vị về một loại thuốc mà quý vị đã không nhận được.
- **Trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị về việc hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.

Nếu IRO **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn tiền cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận quyết định của IRO
- Nếu IRO **Từ chối** khiếu nại của quý vị thì nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi rằng không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối khiếu nại của quý vị”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu IRO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền làm đơn Khiếu Nại Cấp 3 nếu giá trị tính bằng đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng giá trị tính bằng đô la tối thiểu. Nếu giá trị tính bằng đô la của khoản bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, quý vị không thể làm thêm đơn khiếu nại. Trong trường hợp đó, quyết định Khiếu Nại Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng. IRO sẽ gửi thư cho quý vị biết giá trị đô la tối thiểu cần thiết để tiếp tục Khiếu Nại Cấp 3.

Nếu giá trị tính bằng đô la của yêu cầu của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị cần chọn xem có muốn tiếp tục khiếu nại hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2.
- Nếu IRO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại thì quý vị:
 - Quyết định xem có muốn làm đơn Khiếu Nại Cấp 3 hay không.
 - Tham khảo thư do IRO gửi cho quý vị sau Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị để biết thông tin chi tiết về cách làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được chúng tôi đài thọ và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm bệnh viện trong chương trình của chúng tôi, hãy tham khảo **Chương 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Trong thời gian nằm viện được đài thọ của quý vị, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị rời khỏi bệnh viện. Họ cũng sẽ giúp thu xếp việc chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi rời khỏi bệnh viện.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của mình.

Nếu quý vị cho rằng mình được yêu cầu rời khỏi bệnh viện quá sớm hoặc lo lắng về việc chăm sóc của mình sau khi rời khỏi bệnh viện, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn. Mục này hướng dẫn cho quý vị cách yêu cầu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Bất kể các khiếu nại được thảo luận trong **Mục H** này, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét Y tế Độc lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu đưa ra Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để bổ sung cho hoặc thay cho Khiếu Nại Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về quyền lợi Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người nào đó tại bệnh viện chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên phụ trách sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản có tên “**Thông Báo Quan Trọng của Medicare về Quyền của Quý Vị**”. Mọi người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào. Nếu cần trợ giúp, quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể 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**.

- **Quý vị hãy đọc thông báo** cẩn thận và đặt câu hỏi nếu không hiểu. Thông báo này sẽ cho quý vị biết về quyền của mình với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, bao gồm các quyền của quý vị được:
 - Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện. Quý vị có quyền được biết về những dịch vụ này, người sẽ thanh toán cho những dịch vụ đó và nơi quý vị có thể nhận được chúng.
 - Tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của mình.
 - Biết nơi báo cáo bất kỳ thắc mắc nào của mình về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện.
 - Khiếu nại nếu quý vị cho rằng quý vị sẽ được cho xuất viện quá sớm.
- **Ký vào thông báo này** để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.
 - Quý vị hoặc người nào đó đại diện cho quý vị có thể ký thông báo này.
 - Việc ký vào thông báo này **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Hành động ký này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã nói với quý vị.
- **Quý vị hãy giữ lại bản sao** của thông báo đã ký này để có thông tin nếu cần.
 - Nếu quý vị ký thông báo này hơn hai ngày trước ngày rời khỏi bệnh viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi xuất viện.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Quý vị có thể xem trước bản sao của thông báo này nếu quý vị:
 - Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang
 - Gọi cho Medicare theo số **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**.
 - Truy cập **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

H2. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1

Nếu quý vị muốn chúng tôi đòi hỏi các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình trong thời gian dài hơn, hãy làm đơn khiếu nại. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO) sẽ xem xét Khiếu Nại Cấp 1 này để tìm hiểu xem ngày xuất viện được ấn định có phù hợp về mặt y tế với quý vị hay không.

QIO là một nhóm gồm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương. Các chuyên gia này sẽ kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho những người có Medicare. Họ không nằm trong chương trình của chúng tôi.

Ở California, QIO là Livanta. Hãy gọi cho họ theo số **1-877-588-1123**. Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo “Thông Báo Quan Trọng của Medicare về Quyền Lợi của Quý Vị” và trong **Chương 2**.

Gọi cho QIO trước khi quý vị rời bệnh viện và không muộn hơn ngày xuất viện được ấn định của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời đi**, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định mà không phải thanh toán trong khi chờ đợi quyết định của QIO về khiếu nại của mình.
- **Nếu quý vị không gọi để khiếu nại** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định, quý vị có thể phải thanh toán mọi chi phí chăm sóc tại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định đó.
- **Nếu quý vị bị lỡ thời hạn** liên hệ với QIO về khiếu nại của mình, thì thay vào đó, quý vị hãy khiếu nại trực tiếp với chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Phần G4** để biết thông tin về cách làm đơn khiếu nại với chúng tôi.
- Vì thời gian nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal đòi hỏi nên nếu QIO không nghe thấy yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc quý vị tin rằng tình trạng của mình là khẩn cấp, bao gồm mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của mình, hoặc quý vị đang bị đau dữ dội, thì quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California để được tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Quý vị hãy yêu cầu trợ giúp nếu cần. Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số **1-800-434-0222**.

Yêu cầu duyệt xét nhanh. Quý vị hãy hành động nhanh và liên hệ với QIO để yêu cầu duyệt xét nhanh đối với việc xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý dành cho “**duyệt xét nhanh**” là “**duyệt xét tức thời**” hoặc “**duyệt xét cấp tốc**”.

Những điều xảy ra trong quá trình duyệt xét nhanh

- Những người duyệt xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị rằng tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bảo hiểm sau ngày xuất viện được ấn định. Quý vị không bắt buộc phải viết báo cáo nhưng quý vị có thể làm điều đó.
- Người duyệt xét sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa của ngày sau khi những người đánh giá thông báo cho chương trình của chúng tôi về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư cho biết ngày xuất viện được ấn định của quý vị. Thư cũng đưa ra lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị và chúng tôi cho rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế cho quý vị.

Thuật ngữ pháp lý dành cho văn bản giải thích này là “**Thông Báo Chi Tiết về Việc Xuất Viện**”. Quý vị có thể lấy mẫu văn bản này bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang hoặc **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**, đường dây hoạt động 24/7. (Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**.) Quý vị cũng có thể tham khảo mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả các thông tin cần thiết, QIO sẽ trả lời cho quý vị về đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu QIO **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị:

- Họ tin rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau khi QIO trả lời cho quý vị về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại bệnh viện sau buổi trưa của ngày sau khi QIO trả lời cho quý vị về đơn khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể làm đơn Khiếu Nại Cấp 2 nếu QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị và quý vị lưu trú tại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định.

H3. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Hãy gọi cho họ theo số **1-877-588-1123**.

Quý vị phải yêu cầu việc duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu việc duyệt xét này **chỉ** khi lưu trú tại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người đánh giá QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Báo cho quý vị biết quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu duyệt xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- 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 kể từ trưa của ngày sau ngày QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ gửi thư báo cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để tiếp tục thời gian nằm viện. Vui lòng tham khảo **Phần E4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

H4. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 1

Thời hạn để liên hệ với QIO về Khiếu Nại Cấp 1 là trong vòng 60 ngày hoặc chậm nhất là vào ngày xuất viện được ấn định của quý vị. Nếu bị lỡ thời hạn Khiếu Nại Cấp 1, quý vị có thể sử dụng quy trình “Khiếu Nại Thay thế”.

Liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi đưa ra “duyệt xét nhanh” về ngày xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý dành cho “duyệt xét nhanh” hoặc “khiếu nại nhanh” là “**khiếu nại cấp tốc**”.

- Chúng tôi sẽ xem xét tất cả các thông tin về thời gian nằm viện của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu quyết định đầu tiên đã công bằng và tuân thủ các quy tắc hay chưa.
- Chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn nhanh thay cho thời hạn thông thường và đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu duyệt xét nhanh.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** đơn khiếu nại nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần phải ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.
- Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi **Từ chối** đơn khiếu nại nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm mà chúng tôi cấp cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ phần chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện được ấn định nếu quý vị tiếp tục lưu trú tại bệnh viện.
- Chúng tôi sẽ gửi đơn khiếu nại của quý vị đến IRO để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi thực hiện việc này, hồ sơ của quý vị sẽ tự động chuyển sang quy trình khiếu nại Cấp 2.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

H5. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 2

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị tới IRO trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra thông báo **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ tự động thực hiện việc này. Quý vị không cần phải làm gì.

Nếu cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc bất kỳ thời hạn nào khác, quý vị có thể làm đơn than phiền. Tham khảo **Phần K** để biết thông tin về cách làm đơn than phiền.

IRO xem xét nhanh khiếu nại của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu IRO **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu IRO **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Họ gửi thư báo cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để tiếp tục thời gian nằm viện. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu đưa ra Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để bổ sung cho hoặc thay cho Khiếu Nại Cấp 3.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định

Phần này chỉ nói về ba loại dịch vụ mà quý vị có thể nhận được:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia.
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn **và**
- Chăm sóc phục hồi chức năng với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại CORF được Medicare chấp thuận. Việc này thường có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh hoặc tai nạn hoặc quý vị đang hồi phục sau một ca đại phẫu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Với bất kỳ loại dịch vụ nào trong ba loại dịch vụ này, quý vị đều có quyền nhận các dịch vụ được đài thọ miễn là bác sĩ cho biết quý vị cần các dịch vụ đó.

Khi chúng tôi quyết định dừng đài thọ cho bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải báo cho quý vị biết **trước khi** dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi bảo hiểm của quý vị đối với dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ dừng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu cho rằng chúng tôi sẽ kết thúc bảo hiểm chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể khiếu nại quyết định đó của chúng tôi**. Mục này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu một khiếu nại.

I1. Thông báo trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo mà quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi dừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Đây được gọi là “Thông Báo về việc Không Được Medicare Đài Thọ”. Thông báo này sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ dừng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị cần ký vào thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo đó. Việc ký vào thông báo **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký tên đó **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 1

Nếu cho rằng chúng tôi sẽ kết thúc bảo hiểm chăm sóc quý vị quá sớm, quý vị có thể khiếu nại quyết định đó của chúng tôi. Phần này sẽ cho quý vị biết về quy trình Khiếu Nại Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Quý vị cần hiểu và tuân theo thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân theo thời hạn. Nếu cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn, quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Phần K** để biết thêm thông tin về đơn than phiền.
- **Quý vị hãy yêu cầu trợ giúp nếu cần.** Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:
 - Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang.
 - Gọi cho HICAP theo số **1-800-434-0222**.
- Liên lạc QIO.
 - Tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
 - Yêu cầu họ duyệt xét khiếu nại của quý vị và quyết định xem có nên thay đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- **Hãy hành động nhanh và yêu cầu “khiếu nại nhanh”**. Quý vị hãy hỏi QIO xem việc chúng tôi kết thúc bảo hiểm đối với các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn để liên hệ với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu khiếu nại vào trưa của ngày trước ngày hiệu lực trong Thông Báo về việc Không Được Medicare Đãi Thọ mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu bị lỡ thời hạn liên hệ với QIO, quý vị có thể làm đơn khiếu nại trực tiếp với chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách thực hiện việc đó, hãy tham khảo **Phần I4**.
- Nếu QIO không được báo về yêu cầu của quý vị để tiếp tục bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc quý vị tin rằng trường hợp của mình là khẩn cấp hoặc bao gồm mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của mình hoặc nếu quý vị đang gánh chịu cơn đau dữ dội, quý vị có thể gửi đơn than phiền và yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.

Thuật ngữ pháp lý dành cho văn bản thông báo đó là “**Thông Báo về việc Không Được Medicare Đãi Thọ**”. Để nhận một bản sao mẫu của thông báo này, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, đường dây hoạt động 24/7. Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**. Hoặc nhận một bản sao trực tuyến tại **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**.

Những việc xảy ra trong quá trình khiếu nại nhanh

- Những nhân viên duyệt xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bảo hiểm. Quý vị không bắt buộc phải viết báo cáo nhưng quý vị có thể làm điều đó.
- Những nhân viên duyệt xét sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và duyệt xét các thông tin mà chương trình chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do chúng tôi kết thúc bảo hiểm đối với các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo này vào cuối ngày mà những nhân viên duyệt xét thông báo cho chúng tôi về khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Thuật ngữ pháp lý dành cho văn bản thông báo giải thích là “**Giải Thích Chi Tiết về việc Không Được Đòi Thò**”.

- Nhân viên duyệt xét sẽ báo cho quý vị biết quyết định của họ trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu QIO **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ dừng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc này vào ngày ghi trong thông báo.
- Quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc này nếu quyết định tiếp tục các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của CORF sau ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc
- Quý vị cần quyết định xem có muốn tiếp tục các dịch vụ này hay không và làm đơn Khiếu Nại Cấp 2.

13. Làm đơn Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Hãy gọi cho họ theo số **1-877-588-1123**.

Quý vị phải yêu cầu việc duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu việc duyệt xét này **chỉ** khi tiếp tục các dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người đánh giá QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Báo cho quý vị biết quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu duyệt xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó miễn là cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi nó.
- Họ gửi thư báo cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để tiếp tục bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập bổ sung cho hoặc thay cho Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

14. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 1

Như đã giải thích trong **Mục I2**, quý vị phải hành động nhanh và liên hệ với QIO để bắt đầu Khiếu Nại Cấp 1 của mình. Nếu bị lỡ thời hạn, quý vị có thể sử dụng quy trình “Khiếu Nại Thay Thế”.

Liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi thực hiện “duyet xét nhanh”.

Thuật ngữ pháp lý dành cho “duyet xét nhanh” hoặc “khiếu nại nhanh” là **“khiếu nại cấp tốc.”**

- Chúng tôi sẽ xem xét tất cả các thông tin về trường hợp của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu quyết định đầu tiên đã công bằng và tuân thủ các quy tắc hay chưa khi chúng tôi ấn định ngày kết thúc bảo hiểm đối với các dịch vụ của quý vị.
- Chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn nhanh thay cho thời hạn thông thường và đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu duyet xét nhanh.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** đơn khiếu nại nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần dịch vụ trong thời gian dài hơn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.
- Chúng tôi đồng ý hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu chúng tôi **Từ chối** đơn khiếu nại nhanh của quý vị:

- Bảo hiểm của chúng tôi dành cho các dịch vụ này sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ phần chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ này nếu tiếp tục nhận dịch vụ sau ngày chúng tôi báo cho quý vị biết bảo hiểm của chúng tôi sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ gửi đơn khiếu nại của quý vị đến IRO để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi thực hiện việc này, hồ sơ của quý vị sẽ tự động chuyển sang quy trình khiếu nại Cấp 2.

15. Làm đơn Khiếu Nại Thay Thế Cấp 2

Trong quá trình Khiếu Nại Cấp 2, chúng tôi sẽ gửi thông tin về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị đến IRO trong vòng 24 giờ kể từ khi Từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ tự động thực hiện việc này. Quý vị không cần phải làm gì.

Nếu cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc bất kỳ thời hạn nào khác, quý vị có thể làm đơn than phiền. Tham khảo **Phần K** để biết thông tin về cách làm đơn than phiền.

IRO xem xét nhanh khiếu nại của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu IRO **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu IRO **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi nó.
- Họ gửi thư báo cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để tiếp tục bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu Duyệt Xét Y Tế Độc Lập bổ sung cho hoặc thay cho Khiếu Nại Cấp 3.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

J. Chuyển khiếu nại của quý vị vượt mức Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng của Medicare

Nếu đã làm đơn Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, và cả hai đơn khiếu nại này của quý vị đều bị từ chối, quý vị có thể có quyền yêu cầu các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu giá trị tính bằng đô la của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare mà quý vị đã khiếu nại không đáp ứng một số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không thể khiếu nại bổ sung. Nếu giá trị tính bằng đô la này đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quy trình khiếu nại. Thư mà quý vị nhận được từ IRO đối với Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là điều trần ALJ. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **Đồng ý** khiếu nại của quý vị, chúng tôi có quyền khiếu nại quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **khấu nại** quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao của yêu cầu Khiếu Nại Cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu nào kèm theo. Chúng tôi có thể chờ quyết định Khiếu Nại Cấp 4 trước khi cho phép hay cung cấp dịch vụ đang bị tranh chấp đó.
- Nếu chúng tôi quyết định **không khấu nại** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc luật sư trọng tài.
- Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **Từ chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Khiếu Nại Cấp 4.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét đơn khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **Đồng ý** Khiếu Nại Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của chúng tôi để duyệt xét quyết định Khiếu Nại Cấp 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền khiếu nại lên Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **khiếu nại** quyết định đó, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.

Nếu Hội Đồng **Từ chối** hoặc bác bỏ yêu cầu duyệt xét của chúng tôi, quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Khiếu Nại Cấp 5 hay không và quý vị phải làm gì.

Khiếu Nại Cấp 5

- Thẩm phán của Tòa Án Quận Liên Bang sẽ duyệt xét đơn khiếu nại của quý vị cùng tất cả thông tin và đưa ra quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác cao hơn Tòa Án Quận Liên Bang.

J2. Khiếu nại Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có các quyền khiếu nại khác nếu khiếu nại của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal đài thọ. Thư mà quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Tiểu Bang sẽ hướng dẫn quý vị những việc cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

J3. Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu Thuốc Medicare Phần D

Phần này có thể sẽ phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 và cả hai khiếu nại đó của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị đã khiếu nại đáp ứng một số tiền nhất định tính bằng đô la, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến các cấp khiếu nại bổ sung. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được về Khiếu Nại Cấp 2 sẽ giải thích cần liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là điều trần ALJ. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với khiếu nại cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **Từ chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Khiếu Nại Cấp 4.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội Đồng sẽ xem xét đơn khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **Đồng ý** đơn khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với khiếu nại cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu Hội Đồng **Từ chối** đơn khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của mình này, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Khiếu Nại Cấp 5 hay không và quý vị phải làm gì.

Khiếu Nại Cấp 5

- Thẩm phán của Tòa Án Quận Liên Bang sẽ duyệt xét đơn khiếu nại của quý vị cùng tất cả thông tin và đưa ra quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác cao hơn Tòa Án Quận Liên Bang.

K. Cách làm đơn than phiền

K1. Những loại vấn đề nào nên bị than phiền

Quy trình than phiền chỉ được áp dụng cho một số loại vấn đề nhất định, chẳng hạn như các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, phối hợp chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Sau đây là những ví dụ về những loại vấn đề được xử lý theo quy trình than phiền.

Đơn than phiền	Ví dụ:
Chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được trong bệnh viện.
Tôn trọng sự riêng tư của quý vị	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị cho rằng người nào đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ các thông tin bảo mật về quý vị.
Dịch vụ khách hàng thiếu tôn trọng, kém cỏi hoặc các hành vi tiêu cực khác	<ul style="list-style-type: none"> • Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên cư xử thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị. • Nhân viên của chúng tôi đối xử tệ với quý vị. • Quý vị nghĩ rằng quý vị đang bị loại ra khỏi chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Đơn than phiền	Ví dụ:
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	<ul style="list-style-type: none"> ● Quý vị không thể tiếp cận các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà cung cấp. ● Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ quý vị nói mà không phải là tiếng Anh (chẳng hạn như Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ hoặc Tây Ban Nha). ● Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị các tiện nghi hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	<ul style="list-style-type: none"> ● Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc phải chờ quá lâu thì mới đặt được lịch hẹn. ● Các bác sĩ, dược sĩ, hoặc các chuyên gia y tế khác, Dịch Vụ Hội Viên, hoặc nhân viên của chương trình khác để quý vị phải chờ đợi quá lâu.
Độ sạch sẽ	<ul style="list-style-type: none"> ● Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không sạch sẽ.
Các thông tin chúng tôi cung cấp cho quý vị	<ul style="list-style-type: none"> ● Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi cho quý vị thông báo hoặc thư mà lẽ ra quý vị phải nhận được. ● Quý vị cho rằng văn bản thông tin mà chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Đơn than phiền	Ví dụ:
<p>Sự kịp thời liên quan đến các quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời đơn khiếu nại của quý vị. • Quý vị cho rằng, sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại có lợi cho quý vị, chúng tôi sẽ không đáp ứng thời hạn phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn tiền cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế nhất định. • Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi trường hợp của quý vị đến IRO đúng hạn.

Có nhiều loại đơn than phiền khác nhau. Quý vị có thể làm đơn than phiền nội bộ và/hoặc than phiền bên ngoài. Đơn than phiền nội bộ sẽ được nộp lên và được chương trình của chúng tôi duyệt xét. Đơn than phiền bên ngoài sẽ được nộp lên và được một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi duyệt xét. Nếu quý vị cần trợ giúp để làm đơn than phiền nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Thuật ngữ pháp lý dành cho “than phiền” là **“phàn nàn”**.

Thuật ngữ pháp lý cho “làm đơn than phiền” là **“nộp đơn phàn nàn”**.

K2. Đơn than phiền nội bộ

Để làm đơn than phiền nội bộ, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị có thể làm đơn than phiền bất kỳ lúc nào trừ trường hợp than phiền đó là về thuốc Medicare Phần D. Nếu than phiền về thuốc Medicare Phần D, quý vị phải làm đơn than phiền này **trong vòng 60** ngày theo lịch sau khi gặp vấn đề mà quý vị muốn than phiền.

- Nếu quý vị còn cần làm bất kỳ việc nào khác, Dịch Vụ Hội Viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn than phiền rồi gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi đơn than phiền bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi đơn than phiền của quý vị bằng văn bản.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chúng tôi phải giải quyết phàn nàn của quý vị trong thời gian sớm nhất theo yêu cầu về sức khỏe của quý vị, nhưng không trễ hơn 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được than phiền của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý dành cho “than phiền nhanh” là “phàn nàn cấp tốc”.

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để than phiền, chúng tôi có thể sẽ trả lời quý vị trong cuộc điện thoại đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi phải trả lời nhanh thì chúng tôi sẽ trả lời nhanh.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các đơn than phiền trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch do cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng sẽ cung cấp cập nhật trạng thái và thời gian ước tính mà quý vị sẽ nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị làm đơn than phiền vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “khiếu nại nhanh”, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị “than phiền nhanh” và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị nộp đơn than phiền liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở cơn đau dữ dội hoặc có thể mất mạng, chi hoặc chức năng chính của cơ thể không hoạt động được, chúng tôi có thể gửi cho quý vị “than phiền nhanh” và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ than phiền của quý vị, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết và đưa ra lý do của chúng tôi. Chúng tôi sẽ phản hồi rằng chúng tôi có đồng ý với than phiền đó hay không.

K3. Đơn than phiền bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể cho Medicare biết về đơn than phiền của mình hoặc gửi đơn than phiền đó đến Medicare. Mẫu Đơn Than Phiền Medicare có sẵn tại:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Quý vị không cần phải nộp đơn than phiền với chương trình của chúng tôi trước khi nộp đơn than phiền với Medicare.

Medicare sẽ nghiêm túc xem xét các khiếu nại của quý vị và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc thắc mắc nào khác hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình bảo hiểm sức khỏe không giải quyết được vấn đề của mình, quý vị cũng có thể gọi đến **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY có thể gọi số **1-877-486-2048**. Cuộc gọi được miễn cước.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS) bằng cách gọi số **1-888-452-8609**. Người dùng TTY có thể gọi số **711**. Hãy gọi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) để được trợ giúp làm đơn than phiền về các dịch vụ của Medi-Cal. Đối với các vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định trong khiếu nại Cấp 1 của mình hoặc nếu chương trình không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp đơn khiếu nại Cấp 1 nếu cần trợ giúp làm đơn than phiền liên quan đến một vấn đề khẩn cấp hoặc một vấn đề bao gồm mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, nếu quý vị đang chịu đau dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình chúng tôi về đơn than phiền của quý vị hoặc nếu chương trình của chúng tôi chưa giải quyết đơn than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Trung Tâm Trợ Giúp:

- Gọi **1-888-466-2219**. Những cá nhân bị điếc, lãng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TTY miễn phí là **1-877-688-9891**. Cuộc gọi được miễn cước.
- Truy cập trang mạng của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (www.dmhc.ca.gov).

Văn Phòng Dân Quyền (OCR)

Quý vị có thể khiếu nại lên OCR của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Health and Human Services, HHS) nếu quý vị cho rằng mình bị đối xử bất công. Ví dụ: quý vị có thể làm đơn than phiền về khả năng tiếp cận hoặc hỗ trợ ngôn ngữ cho người khuyết tật. Số điện thoại của OCR là **1-800-368-1019**. Người dùng TTY hãy gọi số **1-800-537-7697**. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR địa phương tại:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Trung Tâm Phản Hồi Khách Hàng: **1-800- 368-1019**
Fax: **1-202-619-3818**
TDD: **1-800- 537-7697**
Email: **ocrmail@hhs.gov**

Quý vị cũng có thể được hưởng các quyền theo Đạo Luật về Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disability Act, ADA).

QIO

Khi than phiền về chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể than phiền về chất lượng chăm sóc trực tiếp với QIO.
- Quý vị có thể làm đơn than phiền gửi tới QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị làm đơn than phiền gửi tới QIO, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết than phiền của quý vị.

QIO là một nhóm các bác sĩ hành nghề và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Ở California, QIO được gọi là Livanta. Số điện thoại của họ là **1-877-588-1123**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

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

Phần Giới Thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm sức khỏe của quý vị sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị vẫn sẽ nằm trong các chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương 10 Mục Lục

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình ở chương trình của chúng tôi	281
B. Cách chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	282
C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng	283
C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị	283
C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....	286
Các dịch vụ y tế và thuốc của quý vị cho tới khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình kết thúc	287
D. Các trường hợp khác mà khi đó tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt.....	287
E. Các quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe	289
F. Quyền làm đơn than phiền của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	289

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình ở chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên của họ vào những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang một chương trình khác một lần trong mỗi Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt sau:

- Tháng 1 đến Tháng 3
- Tháng 4 đến Tháng 6
- Tháng 7 đến Tháng 9

Ngoài ba Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt này, mỗi năm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong các thời hạn sau:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**, kéo dài từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng Mười Hai và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới bắt đầu vào ngày 1 tháng Một.
- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (Medicare Advantage, MA)**, kéo dài từ ngày 1 tháng Một đến ngày 31 tháng Ba. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện để thay đổi ghi danh của mình. Ví dụ khi:

- Quý vị chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi,
- Tình trạng hội đủ điều kiện để nhận Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị đã thay đổi, hoặc
- Nếu quý vị mới chuyển đến, hiện đang được chăm sóc hoặc mới chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ: nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng Một, bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng Một. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng Hai).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Phần C1**.
- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Mục C2**.

Quý vị có thể biết thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách gọi đến:

- Các Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Số dành cho người dùng TTY cũng được liệt kê.
- Medicare theo số **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**.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP), theo số **1-800-434-0222**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY hãy gọi số **711**. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <https://aging.ca.gov>. Health Care Options theo số **1-800-430-4263**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ tối. Người dùng TTY hãy gọi số **1-800-430-7077**.
- Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal tại **1-888-452-8609**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi email đến **MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể thay đổi chương trình. Tham khảo **Chương 5** trong **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định chấm dứt tư cách hội viên của mình, quý vị có thể ghi danh tham gia vào một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare nhưng quý vị chưa chọn một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng, quý vị phải yêu cầu rút tên khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách để quý vị có thể yêu cầu rút tên:

- Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
- Gọi đến Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, đường dây hoạt động 24/7. Người dùng TTY (những người gặp khó khăn về nghe nói) hãy gọi số **1-877-486-2048**. Khi gọi đến **1-800-MEDICARE**, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc khác của Medicare. Các thông tin bổ sung về việc nhận các dịch vụ Medicare của quý vị khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng trong **Phần C**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Gọi đến Health Care Options theo số **1-800-430-4263**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ tối. Người dùng TTY hãy gọi số **1-800-430-7077**.
- **Phần C** bên dưới bao gồm các bước mà quý vị có thể thực hiện để đăng ký một chương trình khác, hành động này cũng sẽ chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng

Quý vị có các lựa chọn về việc nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của mình nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình được liệt kê bên dưới. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

<p>1. Quý vị có thể chuyển sang:</p> <p>Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác bao gồm một chương trình kết hợp bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị</p>	<p>Sau đây là những việc cần làm:</p> <p>Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), đường dây hoạt động 24/7. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin:</p> <p>Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, người dùng TTY hãy gọi 711. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập https://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p> <p>HOẶC</p> <p>Ghi danh tham gia một chương trình Medicare mới.</p> <p>Quý vị sẽ tự động bị rút tên khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.</p>
--	--

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

<p>2. Quý vị có thể chuyển sang:</p> <p>Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa của Medicare riêng biệt</p>	<p>Sau đây là những việc cần làm:</p> <p>Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), đường dây hoạt động 24/7. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, người dùng TTY hãy gọi 711. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>HOẶC</p> <p>Ghi danh tham gia vào một chương trình thuốc theo toa mới của Medicare.</p> <p>Quý vị sẽ được tự động rút tên ghi danh ra khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.</p>
---	---

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

<p>3. Quý vị có thể chuyển sang:</p> <p>Original Medicare không có một chương trình thuốc theo toa của Medicare riêng biệt</p> <p>LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể sẽ ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị nói với Medicare rằng quý vị không muốn tham gia.</p> <p>Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, như chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc liệu mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập https://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Sau đây là những việc cần làm:</p> <p>Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), đường dây hoạt động 24/7. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, người dùng TTY hãy gọi 711. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Quý vị sẽ được tự động rút tên ghi danh ra khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.</p>
--	---

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Đối với các câu hỏi về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, liên hệ Health Care Options theo số **1-800-430-4263**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY hãy gọi số **1-800-430-7077**. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay trở lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ y tế và thuốc của quý vị cho tới khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, có thể sẽ phải mất thêm thời gian thì tư cách hội viên của quý vị mới chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị mới bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị vẫn tiếp tục nhận thuốc theo toa và chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.
- Sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm thông qua các dịch vụ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi để nhận thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị trong chương trình **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** chấm dứt, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện. Điều này sẽ xảy ra ngay cả khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

D. Các trường hợp khác mà khi đó tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Đây là những trường hợp mà khi đó chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị có giai đoạn tạm ngừng.
- Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đạt tiêu chuẩn nhận cả Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn nhận Medicaid, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thời gian ân hạn 4 tháng để lấy lại tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medicaid trước khi quý vị được yêu cầu rời khỏi chương trình **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Trước khi chấm dứt việc ghi danh của quý vị vào chương trình **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để mang đến cho quý vị cơ hội ghi danh vào một trong các chương trình Senior Advantage khác của chúng tôi. Các quyền lợi và chi phí tự trả trong các chương trình này có thể khác với các quyền lợi và chi phí tự trả của quý vị trong chương trình **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
 - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc đi một chuyến đi dài, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem nơi quý vị định chuyển đến hoặc đi du lịch có nằm trong khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị vào tù hoặc trại giam vì phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có đối với thuốc theo toa.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hay hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.
 - Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ thì mới có thể trở thành hội viên của chương trình chúng tôi.
 - Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên dựa trên cơ sở này.
 - Chúng tôi phải rút tên ghi danh của quý vị ra nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn bốn tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare do chương trình Medicare Advantage đài thọ. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, quý vị sẽ cần tham khảo ý kiến của Medi-Cal để tìm hiểu xem điều gì sẽ xảy ra nếu Medi-Cal đài thọ cho các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng lại được Medi-Cal đài thọ. Ngoài ra, phần chia sẻ chi phí cho các loại thuốc Phần D và phí bảo hiểm mà quý vị thanh toán cho chúng tôi có thể sẽ thay đổi. Số tiền mà quý vị phải trả cho các dịch vụ được Medicare đài thọ có thể sẽ tăng lên trong gian đoạn này. Chúng tôi chỉ có thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau đây nếu nhận được sự cho phép của Medicare và Medi-Cal trước tiên:

- Nếu quý vị cố ý cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh với chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị với chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị liên tục cư xử một cách tồi tệ và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và hội viên khác của chương trình chúng tôi.
- Nếu quý vị để người khác sử dụng Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của mình để được chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

E. Các quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY hãy gọi số **1-877-486-2048**. Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

F. Quyền làm đơn than phiền của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị với chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể phàn nàn hoặc than phiền về việc chúng tôi quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thông tin về cách làm đơn than phiền.

G. Cách nhận thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Phần Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương 11 Mục Lục

A. Thông báo về luật	292
B. Thông báo về không phân biệt đối xử.....	292
C. Thông báo về Medicare với tư cách là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal với tư cách là người thanh toán cuối cùng	293
D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal	294
E. Quản lý Cẩm Nang Hội Viên này	294
F. Ứng dụng và báo cáo tài chính.....	294
G. Phân Xử Qua Trọng Tài Ràng Buộc	294
Phạm vi của thủ tục phân xử qua trọng tài	295
Quy Định về Thủ Tục	296
Khởi kiện qua trọng tài.....	297
Tổng Đạt Đơn Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài	297
Lệ phí nộp đơn.....	297
Số trọng tài viên tham gia phân xử	298
Lệ phí và chi phí của thủ tục phân xử qua trọng tài	298
Chi phí	298
Điều khoản chung	299
H. Chỉ định người đại diện.....	299

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

I. Phí và chi phí cho luật sư và người biện hộ.....	300
J. Điều phối quyền lợi y tế	300
K. Trách nhiệm của hãng sở	300
L. Cẩm Nang Hội Viên ràng buộc các hội viên.....	300
M. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ	301
N. Phi trách nhiệm của hội viên	301
O. Không khước từ.....	301
P. Thông báo.....	301
Q. Thu hồi tiền thanh toán vượt mức.....	301
R. Trách nhiệm của bên thứ ba.....	302
S. Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ	303
T. Bồi thường người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm của người sử dụng lao động	304
U. Mang Thai Hộ	304

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

A. Thông báo về luật

Có nhiều luật áp dụng cho **Cẩm Nang Hội Viên** này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi không được bao gồm hoặc giải thích trong **Cẩm Nang Hội Viên** này. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang và tiểu bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể áp dụng.

B. Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử khác biệt với quý vị vì chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm về yêu cầu bồi thường, tiền sử bệnh, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng được bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực phục vụ. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ một cách bất hợp pháp vì lý do tổ tiên, nhận dạng nhóm sắc tộc, nhận dạng giới tính, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có thắc mắc về sự phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Hãy gọi đến Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh, Văn Phòng Dân Quyền theo số **1-800-368-1019**. Người dùng TTY có thể gọi số **1-800-537-7697**. Quý vị cũng có thể truy cập **www.hhs.gov/ocr** để biết thêm thông tin.
- Gọi đến Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Văn Phòng Dân Quyền theo số **1-916-440-7370**. Người dùng TTY có thể gọi số **711** (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn phàn nàn về sự phân biệt đối xử đó, quý vị có thể nộp đơn phàn nàn theo những cách sau:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên, hoạt động 24/7 (trừ những ngày nghỉ đóng cửa).
- **Bằng cách gửi thư:** Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi mẫu đơn cho quý vị.
- **Trực tiếp có mặt:** Điền đơn Than Phiền hoặc mẫu đơn Yêu Cầu/Yêu Cầu Đền Bù Quyền Lợi tại văn phòng Dịch Vụ Hội Viên ở tại một cơ sở thuộc chương trình (đi đến **Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung cấp** hoặc **kp.org/facilities** để biết địa chỉ).
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**.
- Quý vị cũng có thể trực tiếp liên lạc Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo các địa chỉ bên dưới:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập **kp.org/medicare**.

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Nếu phàn nàn của quý vị là về sự phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền đến Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Văn Phòng Dân Quyền, qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi **1-916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nghe hay nói chuyện bình thường, vui lòng gọi **711** (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn than phiền hoặc gửi thư tới:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Các mẫu đơn than phiền có sẵn tại
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Bằng phương thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như một vấn đề với lối vào cho xe lăn, Dịch Vụ Hội Viên có thể trợ giúp.

C. Thông báo về Medicare với tư cách là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal với tư cách là người thanh toán cuối cùng

Đôi khi người khác phải trả tiền trước cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị bị tai nạn xe hơi hoặc nếu quý vị bị chấn thương tại nơi làm việc thì bảo hiểm hoặc Bồi Thường Người Lao Động sẽ phải thanh toán trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền đối với các dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là người thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ luật và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dành cho hội viên. Chúng tôi thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để đảm bảo Medi-Cal là người thanh toán cuối cùng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu khoản hoàn trả từ tài sản được chứng thực của một số hội viên đã qua đời đối với các quyền lợi Medi-Cal nhận được vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 55 của họ. Khoản hoàn trả bao gồm Phí dịch vụ và phí bảo hiểm chăm sóc được quản lý/thanh toán theo định suất cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ tại nhà và cộng đồng, cũng như các dịch vụ bệnh viện và thuốc theo toa liên quan nhận được khi hội viên là bệnh nhân nội trú tại một cơ sở điều dưỡng hoặc đang nhận các dịch vụ tại nhà và cộng đồng. Khoản hoàn trả không thể vượt quá giá trị tài sản được chứng thực của hội viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang mạng thu hồi tài sản của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại www.dhcs.ca.gov/er hoặc gọi **1-916-650-0590**.

E. Quản lý Cẩm Nang Hội Viên này

Chúng tôi có thể áp dụng các chính sách, thủ tục và diễn giải hợp lý để đẩy mạnh việc quản lý có trật tự và hiệu quả của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

F. Ứng dụng và báo cáo tài chính

Quý vị phải hoàn thành bất kỳ ứng dụng, mẫu đơn hoặc báo cáo tài chính nào mà chúng tôi yêu cầu trong hoạt động kinh doanh thông thường của chúng tôi hoặc như quy định trong **Cẩm Nang Hội Viên** này.

G. Phân Xử Qua Trọng Tài Ràng Buộc

Sự mô tả sau đây về phân xử qua trọng tài ràng buộc áp dụng cho những hội viên sau đây:

- Tất cả những hội viên ghi danh vào Chương Trình Senior Advantage Individual của Kaiser Permanente với ngày hiệu lực trước ngày 1 tháng Một năm 2008; và
- Tất cả các hội viên đã ghi danh vào Chương Trình Senior Advantage Individual của Kaiser Permanente với ngày hiệu lực từ ngày 1 tháng Một năm 2008 trở về sau mà đã rõ ràng không chọn rời khỏi quy trình phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày hiệu lực của Senior Advantage.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Đối với tất cả các yêu cầu bồi thường theo phần “Phân xử tranh chấp có giá trị pháp lý qua trọng tài” này, cả Người Yêu cầu bồi thường và Bị đơn đều từ bỏ quyền được tòa án hoặc bồi thẩm đoàn xét xử và chấp nhận sự phân xử tranh chấp qua trọng tài có giá trị pháp lý. Trong phạm vi mà phần “Phân Xử Trọng Tài Có Giá Trị Ràng Buộc” này áp dụng cho các yêu cầu bồi thường do các Bên của Kaiser Permanente khẳng định, điều khoản này sẽ áp dụng hồi tố cho tất cả các yêu cầu bồi thường chưa được giải quyết tích lũy trước ngày hiệu lực của **Cẩm Nang Hội Viên** này. Việc áp dụng hiệu lực hồi tố sẽ mang tính ràng buộc chỉ với các Bên Kaiser Permanente.

Phạm vi của thủ tục phân xử qua trọng tài

Mọi tranh chấp đều phải tuân theo thủ tục phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc nếu đáp ứng mọi yêu cầu sau đây:

- Yêu cầu thanh toán bảo hiểm phát sinh từ hoặc có liên quan đến một cáo buộc vi phạm về bất kỳ sự kiện nào xảy ra hoặc phát sinh từ hoặc có liên quan đến **Cẩm Nang Hội Viên** này hoặc mối quan hệ của Bên hội viên với Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan), bao gồm bất kỳ yêu cầu thanh toán nào về hành động sơ xuất y tế hoặc sơ xuất của bệnh viện (yêu cầu thanh toán về các dịch vụ y tế hoặc các vật dụng không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, vô ý hoặc không đầy đủ), trách nhiệm pháp lý về cơ sở vật chất hoặc liên quan đến bảo hiểm hoặc cung cấp, dịch vụ hoặc vật dụng, không phân biệt các lý thuyết pháp lý được sử dụng làm căn cứ đòi yêu cầu thanh toán.
- Yêu cầu thanh toán được xác nhận bởi một hoặc nhiều Bên hội viên chống lại một hay nhiều Bên Kaiser Permanente, hoặc bởi một hay nhiều Bên Kaiser Permanente chống với một hay nhiều Bên hội viên.
- Luật quy định không ngăn cấm việc dùng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc để giải quyết yêu cầu thanh toán.

Các hội viên đã ghi danh theo **Cẩm Nang Hội Viên này** do đó sẽ từ bỏ quyền của họ đối với một phiên tòa hoặc bồi thẩm đoàn, và thay vào đó sẽ chấp nhận việc sử dụng phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc ngoại trừ trường hợp các loại yêu cầu bồi thường sau đây không phải là đối tượng của phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc:

- Những yêu cầu thanh toán thuộc thẩm quyền của Tòa Án Chuyên Xử Các Vụ Khiếu KIỆN Nhỏ.
- Các yêu cầu bồi thường theo thủ tục khiếu nại Medicare áp dụng cho các hội viên Chương Trình Senior Advantage Medicare Medi-Cal của Kaiser Permanente (xem **Chương 9** để biết thông tin về khiếu nại Medicare).
- Những yêu cầu thanh toán mà không thể theo thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật quy định.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Như được đề cập trong mục “Phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc”, “Bên hội viên” bao gồm:

- Một hội viên.
- Người thừa kế, người thân hay người đại diện riêng của một hội viên.
- Bất cứ người nào yêu cầu rằng một trách nhiệm với người này phát sinh từ quan hệ của một hội viên với một hoặc nhiều Bên Kaiser Permanente.

“Bên Kaiser Permanente” bao gồm:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc
- Kaiser Foundation Hospitals.
- Dịch vụ Quang tuyến / Chụp ảnh chẩn đoán cho phụ nữ
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Bất cứ bác sĩ nào thuộc Southern California Permanente Medical Group hay The Permanente Medical Group.
- Bất cứ cá nhân hay tổ chức nào có hợp đồng với bất cứ tổ chức được xác định ở trên yêu cầu việc phân xử qua trọng tài đối với những yêu cầu thanh toán do một hoặc nhiều Bên hội viên đưa ra.
- Bất cứ nhân viên hoặc đại diện của bất cứ tổ chức nào được đề cập ở trên.

“Bên yêu cầu thanh toán” nói đến một Bên hội viên hay một Bên Kaiser Permanente mà xác nhận một yêu cầu thanh toán như được mô tả ở trên. “Bên bị đơn” nói đến một Bên hội viên hay một Bên Kaiser Permanente mà bị một yêu cầu thanh toán xác nhận chống lại.

Quy Định về Thủ Tục

Phân xử qua trọng tài sẽ được tiến hành theo **Quy Định cho Trọng Tài Hội Viên Kaiser Permanente do Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập Giám Sát** (“Quy Định về Thủ Tục”) do Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập phát triển với sự tư vấn của Kaiser Permanente và Hội Đồng Giám Sát Trọng Tài. Có thể lấy các bản sao Quy Định về Thủ Tục từ ban Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Khởi kiện qua trọng tài

Các Bên Yêu Cầu Thanh Toán sẽ bắt đầu thủ tục phân xử qua trọng tài bằng việc tổng đạt một Yêu Cầu Trọng Tài Phân Xử. Đơn Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài sẽ bao gồm thông tin cơ bản của yêu cầu thanh toán đối với Bị Đơn; số tiền thiệt hại mà Đương Đơn muốn nhận lại qua phân xử tranh chấp qua trọng tài; tên, địa chỉ và số điện thoại của Đương Đơn và luật sư của họ, nếu có; và tên của tất cả các Bị Đơn. Đương Đơn phải đưa vào trong đơn Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài tất cả các yêu cầu thanh toán đối với Bị Đơn được dựa trên sự cố, giao dịch hoặc các tình huống liên quan tương tự.

Tổng Đạt Đơn Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài

Phải tổng đạt đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài đối với Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC và The Permanente Company, LLC bằng cách gửi đơn này cho Bị Đơn đó đến địa chỉ:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
373 E. Walnut Street
Pasadena, CA 91188

Việc tổng đạt cho Bên Bị Đơn đó sẽ được xem là hoàn tất khi nhận được. Mọi Bị Đơn khác, kể cả những cá nhân, phải được tổng đạt theo quy định của Bộ Luật Thủ Tục Dân Sự California dành cho một thủ tục dân sự.

Lệ phí nộp đơn

Các Đương Đơn sẽ trả một lệ phí nộp đơn duy nhất, không được hoàn lại là \$150 cho mỗi thủ tục phân xử qua trọng tài, trả cho “Tài Khoản Trọng Tài Phân Xử” không kể đến số lượng yêu cầu thanh toán trong Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài hoặc số lượng Đương Đơn hay Bị Đơn được nêu tên trong Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài.

Bất cứ Đương Đơn nào mà tự cho là gặp khó khăn cùng cực có thể yêu cầu Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập miễn bỏ lệ phí nộp đơn, cũng như lệ phí và chi phí cho trọng tài phân xử trung lập. Đương Đơn muốn tìm kiếm những trường hợp miễn lệ phí đó sẽ phải hoàn tất Mẫu Đơn Xin Miễn Lệ Phí và gửi đơn cho Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập và đồng thời tổng đạt nó cho các Bị Đơn. Đơn Xin Miễn Lệ Phí đưa ra những tiêu chí để miễn lệ phí và có thể lấy bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Số trọng tài viên tham gia phân xử

Số trọng tài viên có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm của Người yêu cầu bồi thường đối với việc trả phí và chi phí trọng tài trung lập (xem Quy tắc về thủ tục).

Nếu Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài đòi bồi thường tổng số tiền thiệt hại là \$200.000 hoặc ít hơn, tranh chấp đó sẽ được xét xử và quyết định bởi một trọng tài trung lập, trừ khi các bên đồng ý bằng văn bản rằng sau khi có tranh chấp xảy ra và yêu cầu phân xử trọng tài ràng buộc đã được đệ trình thủ tục phân xử qua trọng tài sẽ được xét xử bởi hai trọng tài của mỗi bên và một trọng tài trung lập. Trọng tài trung lập sẽ không có thẩm quyền cấp những khoản tổn thất tiền bạc nhiều hơn \$200.000.

Nếu Yêu Cầu Phân Xử yêu cầu tổng thiệt hại trên \$200.000, tranh chấp sẽ được một trọng tài phân xử trung lập và các trọng tài phân xử của hai bên xét xử và quyết định, trong đó một trọng tài phân xử do tất cả các Nguyên Đơn đồng chỉ định và trọng tài phân xử còn lại do tất cả các Bị Đơn đồng chỉ định. Các bên được quyền chọn một trọng tài cho mỗi bên có thể đồng ý miễn bãi quyền này. Nếu tất cả các bên đều đồng ý, các thủ tục phân xử qua trọng tài này sẽ được phân xử bởi một trọng tài trung lập.

Lệ phí và chi phí của thủ tục phân xử qua trọng tài

Health Plan sẽ trả các lệ phí và chi phí cho trọng tài trung lập theo một số điều kiện được đề ra trong Quy Định về Thủ Tục. Trong tất cả các thủ tục phân xử qua trọng tài khác, lệ phí và chi phí của trọng tài trung lập sẽ được Đương Đơn trả một nửa và Bị Đơn trả một nửa.

Nếu các bên chọn các trọng tài, Đương Đơn sẽ phải chịu trách nhiệm trả phí và chi phí trọng tài của mình và Bị Đơn phải chịu trách nhiệm trả phí và chi phí trọng tài viên của mình.

Chi phí

Ngoại trừ các lệ phí và chi phí cho trọng tài trung lập được đề cập ở trên, và ngoại trừ khi được bắt buộc theo những điều luật mà áp dụng cho những thủ tục phân xử qua trọng tài theo phần “Phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc” này, mỗi bên sẽ chịu phần lệ phí cho luật sư riêng, lệ phí nhân chứng và các chi phí khác của bên mình trong việc kiện hay bào chữa chống lại một yêu cầu thanh toán bất kể tính chất của yêu cầu thanh toán đó hay kết quả của việc phân xử qua trọng tài đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Điều khoản chung

Yêu cầu thanh toán bảo hiểm sẽ bị miễn và bị cấm vĩnh viễn nếu (1) vào ngày đệ đơn Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài yêu cầu thanh toán, yêu cầu thanh toán, nếu được xác nhận trong một vụ kiện dân sự, sẽ bị cấm về phía Bị Đơn bị tổng đạt theo giới hạn được áp dụng, (2) Đương Đơn không đưa ra yêu cầu thanh toán qua trọng tài theo Quy Định về Thủ Tục với sự cố gắng hợp lý, hoặc (3) buổi phân xử qua trọng tài không được bắt đầu trong vòng năm năm sau thời điểm nào sớm hơn trong số hai thời điểm sau(a) ngày Yêu Cầu Phân Xử qua Trọng Tài được tổng đạt phù hợp với các thủ tục được trình bày tại đây, hoặc (b) ngày nộp đơn dân sự dựa trên cùng vụ việc, giao dịch, hoặc các tình huống có liên quan đến yêu cầu thanh toán. Một yêu cầu thanh toán có thể bị trọng tài trung lập bác đơn trên những cơ sở khác dựa trên bằng chứng cho thấy có một lý do chính đáng. Nếu một bên không tham gia phân xử qua trọng tài sau khi được thông báo về thời hạn của việc đó, trọng tài trung lập có thể tiến hành xác định cuộc tranh luận với sự vắng mặt của bên đó.

Đạo Luật Cải Cách Bồi Thường Chấn Thương Y Tế California năm 1975 (kể cả bất cứ phần tu chính nào thêm vào đó), bao gồm những phần thiết lập quyền đưa ra bằng chứng cho thấy bất cứ bảo hiểm hay khoản thanh toán quyền lợi diện khuyết tật cho bệnh nhân, mức giới hạn về việc thu hồi đối với những mất mát không thuộc tài chính, và quyền nhận được một khoản trợ cấp cho những tổn thất trong tương lai tương ứng với các khoản thanh toán định kỳ, sẽ áp dụng cho bất cứ yêu cầu bồi thường nào về tính cầu thả trong nghề nghiệp hay bất cứ yêu cầu bồi thường nào khác được cho phép hay được quy định theo luật pháp.

Trọng tài sẽ được điều chỉnh bởi phần “Phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc” này, Phần 2 của Đạo luật Trọng tài liên bang và Bộ luật Thủ tục dân sự California có liên quan đến thủ tục trọng tài đang có hiệu lực vào thời điểm áp dụng luật, cùng với các Quy tắc về thủ tục tố tụng, trong phạm vi không phù hợp với phần “Phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc” này. Phù hợp với quy tắc áp dụng theo Phần 3 và 4 của Đạo luật Trọng tài liên bang, quyền trọng tài theo phần “Phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc” này sẽ không bị từ chối, trì hoãn hoặc cản trở vì một tranh chấp giữa bên hội viên và Bên Kaiser Permanente liên quan đến các yêu cầu bồi thường có thể xác định được hoặc không thể xác định được hoặc bởi vì một hoặc nhiều bên tham gia thủ tục trọng tài cũng là một bên có tố tụng đang chờ tòa án giải quyết với bên thứ ba phát sinh từ các giao dịch tương tự hoặc có liên quan và có khả năng các quyết định hoặc phát hiện xung đột.

H. Chỉ định người đại diện

Quý vị không thể chuyển nhượng **Cẩm Nang Hội Viên** này hoặc bất kỳ quyền, lợi ích, yêu cầu thanh toán nào đối với tiền đến hạn, quyền lợi hoặc nghĩa vụ dưới đây mà không được chúng tôi đồng ý trước bằng văn bản.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

I. Phí và chi phí cho luật sư và người biện hộ

Trong bất kỳ tranh chấp nào giữa hội viên và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, Medical Group hoặc Kaiser Foundation Hospitals, mỗi bên sẽ tự chịu các khoản phí và chi phí của mình, bao gồm phí luật sư, phí cho người biện hộ và các chi phí khác, trừ khi luật có yêu cầu khác.

J. Điều phối quyền lợi y tế

Nếu quý vị có bảo hiểm khác, quý vị được yêu cầu sử dụng bảo hiểm khác của mình kết hợp với bảo hiểm của quý vị với tư cách là hội viên Chương Trình Senior Advantage Medicare Medi-Cal để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được. Điều này được gọi là “điều phối quyền lợi” vì nó liên quan đến việc điều phối mọi quyền lợi sức khỏe có sẵn cho quý vị. Quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc được đài thọ của quý vị như thường lệ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới, và bảo hiểm khác mà quý vị có sẽ chỉ giúp quý vị trả cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được.

Nếu bảo hiểm khác của quý vị là bên thanh toán chính, họ thường sẽ thanh toán phần thanh toán của họ trực tiếp với chúng tôi, và quý vị sẽ không phải can thiệp. Tuy nhiên, nếu bên thanh toán chính gửi trực tiếp cho quý vị khoản tiền mà họ nợ chúng tôi, theo luật Medicare, quý vị phải giao phần thanh toán chính này cho chúng tôi. Để biết thêm thông tin về các khoản thanh toán chính trong các trường hợp trách nhiệm của bên thứ ba, hãy xem **Mục Q** trong chương này và để biết các khoản thanh toán chính trong các trường hợp bồi thường người lao động, hãy xem **Mục R** trong chương này.

Quý vị phải cho chúng tôi biết liệu quý vị có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác không, và cho chúng tôi biết bất cứ khi nào có bất cứ sự thay đổi nào trong bảo hiểm khác của quý vị.

K. Trách nhiệm của hãng sở

Đối với bất cứ dịch vụ nào mà luật pháp yêu cầu một chủ hãng cung cấp, chúng tôi sẽ không trả cho chủ hãng đó, và khi chúng tôi đài thọ bất cứ dịch vụ nào như thế, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của các dịch vụ đó từ chủ hãng.

L. Cẩm Nang Hội Viên ràng buộc các hội viên

Bằng cách chọn bảo hiểm hoặc chấp nhận các quyền lợi theo **Cẩm Nang Hội Viên** này, tất cả các hội viên có khả năng ký hợp đồng hợp pháp và đại diện hợp pháp của tất cả các hội viên không có khả năng ký hợp đồng đều đồng ý với tất cả các điều khoản của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

M. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ

Đối với bất cứ dịch vụ nào mà luật pháp yêu cầu được cung cấp chỉ bởi hay được nhận chỉ từ một cơ quan chính phủ, chúng tôi sẽ không trả cho cơ quan chính phủ này; và khi chúng tôi đòi hỏi cho bất cứ dịch vụ nào như thế, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của những dịch vụ đó từ cơ quan chính phủ này.

N. Phi trách nhiệm của hội viên

Hợp đồng của chúng tôi với các nhà cung cấp trong mạng lưới quy định rằng quý vị không phải chịu trách nhiệm về bất cứ số tiền nào mà chúng tôi nợ. Tuy nhiên, quý vị chịu trách nhiệm thanh toán chi phí của những dịch vụ không được đòi hỏi mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

O. Không khước từ

Việc chúng tôi không thực thi bất kỳ điều khoản nào của **Cẩm Nang Hội Viên** này sẽ không được xem là khước từ điều khoản đó hoặc bất kỳ điều khoản nào khác, hoặc sau đó làm tổn hại đến quyền của chúng tôi trong việc yêu cầu quý vị nghiêm túc thực hiện bất kỳ điều khoản nào.

P. Thông báo

Các thông báo của chúng tôi cho quý vị sẽ được gửi đến địa chỉ gần đây nhất mà chúng tôi có. Quý vị chịu trách nhiệm thông báo cho chúng tôi bất cứ thay đổi nào về địa chỉ của quý vị. Nếu quý vị chuyển nhà, vui lòng gọi đến Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở mặt sau của tập sách này) và Sở An Sinh Xã Hội theo số **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) càng sớm càng tốt để báo cáo việc thay đổi địa chỉ của quý vị.

Q. Thu hồi tiền thanh toán vượt mức

Chúng tôi có thể thu hồi bất cứ khoản thanh toán quá mức nào mà chúng tôi đã trả cho những dịch vụ từ bất cứ người nào có nhận một khoản thanh toán quá mức hoặc từ bất cứ người nào hay tổ chức nào có nghĩa vụ trả cho những dịch vụ đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

R. Trách nhiệm của bên thứ ba

Các bên thứ ba gây ra chấn thương hoặc bệnh tật cho quý vị (và/hoặc các công ty bảo hiểm của họ) thường phải thanh toán trước tiên, trước khi Medicare hoặc chương trình của chúng tôi thanh toán. Vì thế, chúng tôi có quyền theo đuổi các khoản thanh toán chính này. Nếu quý vị nhận được phán quyết hoặc giải quyết từ hoặc thay mặt cho bên thứ ba, người bị cáo buộc đã gây ra thương tích hoặc bệnh tật mà quý vị đã nhận các dịch vụ được đài thọ, quý vị phải đảm bảo chúng tôi nhận được khoản bồi hoàn cho các dịch vụ đó.

Lưu ý: Phần “Trách nhiệm của bên thứ ba” này không ảnh hưởng đến nghĩa vụ thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với các dịch vụ này.

Trong phạm vi luật pháp cho phép hoặc yêu cầu, chúng tôi sẽ được thay mặt đòi bồi thường đối với tất cả các yêu cầu bồi thường, nguyên nhân hành động và các quyền khác mà quý vị có thể có đối với bên thứ ba hoặc công ty bảo hiểm, chương trình của chính phủ hoặc nguồn bảo hiểm khác dành cho các thiệt hại tiền tệ, bồi thường hoặc đền bù do chấn thương hoặc bệnh tật được cho là do bên thứ ba gây ra. Chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm thay thế như vậy vào thời điểm chúng tôi gửi thư hoặc gửi thông báo bằng văn bản về việc thực hiện tùy chọn này cho quý vị hoặc luật sư của quý vị.

Để bảo đảm quyền lợi của mình, chúng tôi sẽ có quyền sai áp tài sản để thế nợ và quyền bồi hoàn đối với số tiền thu được từ bất kỳ phán quyết hoặc hòa giải nào mà quý vị hoặc chúng tôi nhận được đối với bên thứ ba dẫn đến bất kỳ tiền thu được từ hòa giải hoặc phán quyết nào, từ các loại bảo hiểm khác bao gồm nhưng không giới hạn ở: trách nhiệm, lái xe không có bảo hiểm, lái xe có bảo hiểm thấp, ô dù cá nhân, bồi thường người lao động, chấn thương cá nhân, thanh toán y tế và tất cả các loại bên thứ nhất khác. Tiền thu được từ bất kỳ phán quyết hoặc thỏa thuận giải quyết nào mà quý vị hoặc chúng tôi nhận được sẽ được áp dụng trước để bảo đảm quyền giữ tiền thu được của chúng tôi, bất kể quý vị được làm tròn và bất kể tổng số tiền thu được có thấp hơn tổn thất thực tế và thiệt hại hay không. Chúng tôi không bắt buộc phải trả phí luật sư hoặc chi phí cho bất kỳ luật sư nào do quý vị thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường thiệt hại của quý vị. Nếu quý vị bồi hoàn cho chúng tôi mà không cần đến hành động pháp lý, chúng tôi sẽ cho phép giảm giá chi phí mua hàng. Nếu chúng tôi phải theo đuổi hành động pháp lý để thực thi quyền lợi, sẽ không có việc giảm giá mua hàng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Trong vòng 30 ngày sau khi nộp hay lập yêu cầu thanh toán hay thủ tục pháp lý chống lại một bên thứ ba, quý vị phải gửi văn bản thông báo về yêu cầu thanh toán hay thủ tục pháp lý đó đến:

The Rawlings Group

Subrogation Mailbox
Special Recovery Unit
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031
Fax: **1-502-753-7064**

Để chúng tôi xác định sự tồn tại của bất cứ quyền mà chúng tôi có thể có và để đáp ứng các quyền đó, quý vị phải hoàn tất và gửi cho chúng tôi mọi bản thỏa thuận, giấy nhượng lại, giấy ủy quyền, giấy chuyển nhượng hay những tài liệu khác, kể cả các mẫu đơn về quyền lưu giữ hướng dẫn luật sư của quý vị, bên thứ ba và công ty bảo hiểm trách nhiệm của bên thứ ba trả trực tiếp cho chúng tôi. Quý vị không được đồng ý khước từ, miễn trừ trách nhiệm hoặc giảm các quyền của chúng tôi theo điều khoản này mà không có sự đồng ý trước bằng văn bản của chúng tôi.

Nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe, cha mẹ, người giám hộ hoặc người bảo vệ của quý vị gửi yêu cầu đòi bên thứ ba thanh toán dựa trên chấn thương hoặc bệnh tật của quý vị, cơ sở chăm sóc sức khỏe, cha mẹ, người giám hộ hoặc người bảo vệ của quý vị và bất kỳ thỏa thuận giải quyết hoặc phán quyết nào mà cơ sở chăm sóc sức khỏe, cha mẹ, người giám hộ hoặc người bảo vệ có được đều phải tuân thủ quyền giữ tiền thu được và các quyền khác của chúng tôi trong phạm vi tương tự như chính quý vị đã gửi yêu cầu đòi bên thứ ba thanh toán. Chúng tôi có thể chỉ định các quyền để thực thi quyền giữ tiền thu được của chúng tôi và các quyền khác.

S. Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ

Đối với bất cứ dịch vụ nào cho những bệnh trạng phát sinh từ việc phục vụ quân đội mà luật pháp yêu cầu Bộ Cựu Chiến Binh cung cấp, chúng tôi sẽ không trả cho Bộ Cựu Chiến Binh, và khi chúng tôi đài thọ bất cứ dịch vụ trong số đó, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của các dịch vụ đó từ Bộ Cựu Chiến Binh.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

T. Bồi thường người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm của người sử dụng lao động

Bảo hiểm bồi thường người lao động thường phải thanh toán trước khi Medicare hoặc chương trình của chúng tôi thanh toán. Vì thế, chúng tôi được quyền theo đuổi những khoản thanh toán chính theo luật bồi thường cho người lao động hay trách nhiệm pháp lý của chủ hãng. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận các khoản thanh toán hoặc các quyền lợi khác, bao gồm số tiền nhận được như là một thỏa thuận giải quyết (gọi chung là “Quyền Lợi Tài Chính”), theo luật về bồi thường cho người lao động hoặc trách nhiệm pháp lý của chủ hãng. Chúng tôi sẽ cung cấp những dịch vụ được đòi hỏi ngay cả khi không biết rõ việc quý vị có được quyền hưởng một Quyền Lợi Tài Chính hay không, nhưng chúng tôi có thể thu hồi giá trị của bất cứ dịch vụ được đòi hỏi nào từ những nguồn sau đây:

- Từ bất cứ nguồn nào cung cấp một Quyền Lợi Tài Chính hay từ nguồn mà có một Quyền Lợi Tài Chính đến hạn phải trả.
- Từ quý vị, trong phạm vi mà một Quyền Lợi Tài Chính được cung cấp hay có thể thanh toán hoặc đã được yêu cầu cung cấp hay thanh toán nếu quý vị đã sốt sắng tìm kiếm để thiết lập quyền của quý vị với Quyền Lợi Tài Chính đó theo bất cứ điều luật nào về bồi thường cho người lao động hay trách nhiệm pháp lý của chủ hãng.

U. Mang Thai Hộ

Trong trường hợp một hội viên nhận được khoản bồi thường bằng tiền để hoạt động với tư cách là người mang thai hộ, chương trình của chúng tôi sẽ yêu cầu bồi hoàn tất cả các Khoản Phí Trong Chương Trình cho các dịch vụ được đòi hỏi mà hội viên đó nhận được liên quan đến việc thụ thai, mang thai và/hoặc sinh con. Thỏa thuận mang thai hộ là một thỏa thuận trong đó một người phụ nữ đồng ý mang thai và giao đứa trẻ cho người khác hoặc những người có ý định nuôi dưỡng đứa trẻ đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng

Phân Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng trong **Cẩm Nang Hội Viên** này kèm theo định nghĩa của những thuật ngữ đó. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ mình đang tìm hoặc cần thêm thông tin ngoài nội dung định nghĩa, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

Các hoạt động sống hàng ngày (ADL): Những việc mà mọi người làm vào một ngày bình thường, chẳng hạn như ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Thẩm phán luật hành chính: Một thẩm phán xem xét khiếu nại cấp độ 3.

Chương trình trợ cấp thuốc cho bệnh AIDS (ADAP): Một chương trình giúp những người đủ điều kiện đang phải sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV giúp cứu sống.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Một cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho những bệnh nhân không cần được chăm sóc tại bệnh viện và những người không cần chăm sóc hơn 24 giờ.

Khiếu nại: Một cách để quý vị thử thách hành động của chúng tôi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã phạm lỗi. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn khiếu nại. **Chương 9** của **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích về các khiếu nại, bao gồm cả cách làm đơn khiếu nại.

Sức Khỏe Hành Vi: Một thuật ngữ toàn diện đề cập đến dịch vụ điều trị sức khỏe tinh thần và chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Thuốc biệt dược: Một loại thuốc theo toa được sản xuất và bán ra do công ty ban đầu sản xuất loại thuốc đó. Thuốc biệt dược có cùng thành phần với phiên bản gốc của loại thuốc này. Thuốc gốc thường được sản xuất và bán do các công ty thuốc khác.

Điều phối viên chăm sóc: Một người chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm sức khỏe và với các nhà cung cấp chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Chương trình chăm sóc: Tham khảo “Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân Hóa”.

Các Dịch Vụ Tùy Chọn của Chương Trình Chăm Sóc (Các dịch vụ CPO): Các dịch vụ bổ sung tùy chọn trong Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị. Các dịch vụ này không nhằm thay thế các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận theo Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Đội ngũ chăm sóc: Tham khảo “Đội Ngũ Chăm Sóc Liên Ngành”.

Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Giai đoạn trong quyền lợi thuốc Medicare Phần D trong đó chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán mọi chi phí thuốc của quý vị cho đến cuối năm. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi tiêu **\$8,000** đối với thuốc được Medicare Phần D đài thọ trong năm. Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc được Medicare Phần D đài thọ của quý vị. Quý vị không phải thanh toán.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích cách liên hệ với CMS.

Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS): Chương trình dịch vụ dành cho bệnh nhân ngoại trú, tại cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu vận động và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/người chăm sóc, dịch vụ dinh dưỡng, dịch vụ chuyên chở và các dịch vụ khác dành cho các hội viên đủ điều kiện đáp ứng các tiêu chí hội đủ điều kiện hiện hành.

Đơn than phiền: Một báo cáo bằng văn bản hoặc bằng lời nói rằng quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được đài thọ của mình. Báo cáo này bao gồm bất kỳ thắc mắc nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức của “làm đơn than phiền” là “nộp đơn phàn nàn”.

Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF): Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc thực hiện đại phẫu. Cơ sở này cung cấp đa dạng các dịch vụ, bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu vận động, trị liệu ngôn ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

Tiền đồng trả: Một số tiền cố định mà quý vị phải trả như phần chia sẻ chi phí của mình mỗi khi quý vị nhận một số dịch vụ hoặc thuốc theo toa nhất định. Ví dụ: quý vị có thể trả \$2 hoặc \$5 cho một dịch vụ hoặc một loại thuốc theo toa.

Phần chia sẻ chi phí: Số tiền mà quý vị phải thanh toán khi quý vị nhận một số dịch vụ hoặc thuốc theo toa nhất định. Phần chia sẻ chi phí sẽ bao gồm tiền đồng trả.

Quyết định bảo hiểm: Quyết định về những quyền lợi mà chúng tôi đài thọ. Quyết định này sẽ bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế của quý vị. **Chương 9** của **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

Thuốc được đài thọ: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Các dịch vụ được đài thọ: Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, tiếp liệu, thuốc theo toa và thiết bị cũng như các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

Đào tạo khả năng nhận thức về văn hóa: Khóa đào tạo này cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, giúp họ hiểu rõ hơn về hoàn cảnh xuất thân, giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng các nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS): Bộ phận cấp tiểu bang ở California quản lý Chương Trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal).

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC): Bộ phận cấp tiểu bang ở California chịu trách nhiệm điều chỉnh các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại và than phiền về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành các Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (IMR).

Rút tên ghi danh: Trình chấm dứt tự cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc rút tên ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của riêng quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của riêng quý vị).

Chương trình quản lý thuốc (DMP): Một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn opioid theo toa và các loại thuốc thường xuyên bị lạm dụng khác.

Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP): Chương trình bảo hiểm sức khỏe phục vụ những cá nhân hội đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là một D-SNP.

Thiết bị y khoa lâu bền (DME): Một số vật dụng nhất định mà bác sĩ chỉ định sử dụng trong nhà riêng của quý vị. Ví dụ: xe lăn, nạng chống, hệ thống nệm điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và nguồn cung cấp ô-xy, máy phun sương và khung tập đi.

Trường hợp cấp cứu: Một trường hợp khẩn cấp y tế khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong, mất bộ phận cơ thể hoặc mất hay tổn hại nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế này có thể là một căn bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hay một bệnh trạng trở nên nặng hơn nhanh chóng.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được đài thọ được thực hiện do một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu y tế hoặc về sức khỏe hành vi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Trường hợp ngoại lệ: Sự cho phép nhận bảo hiểm cho một loại thuốc thông thường không được đòi hỏi hoặc sử dụng thuốc mà không cần các quy tắc và giới hạn nhất định.

Dịch Vụ Bị Loại Trừ: Các dịch vụ không được đòi hỏi bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe này.

Trợ Giúp Thêm: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản tiền khấu trừ và khoản tiền đồng trả. Trợ giúp thêm còn được gọi là “Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hoặc “LIS”.

Thuốc gốc: Một loại thuốc theo toa được chính phủ liên bang phê duyệt để sử dụng thay cho thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và hoạt động hiệu quả như thuốc biệt dược.

Phàn nàn: Than phiền mà quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Than phiền này bao gồm than phiền về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cung cấp.

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn khách quan và miễn phí về Medicare. **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích cách liên hệ với HICAP.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình này cũng có các điều phối viên chăm sóc giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả các nhà cung cấp này sẽ cùng nhau hợp tác để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA): Đánh giá về bệnh sử và tình trạng hiện tại của quý vị. Đánh giá này được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và tìm hiểu xem sức khỏe của quý vị có thể sẽ thay đổi như thế nào trong tương lai.

Hộ lý chăm sóc tại gia: Một người cung cấp các dịch vụ mà không cần các kỹ năng của điều dưỡng hoặc chuyên gia trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, sử dụng bồn cầu, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập thể dục theo chỉ định). Các hộ lý chăm sóc tại gia không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp trị liệu.

Chăm sóc cuối đời: Một chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người có tiên lượng giai đoạn cuối sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là một người đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh nan y, nghĩa là chỉ còn sống được từ 6 tháng trở xuống.

Người ghi danh có tiên lượng giai đoạn cuối sẽ có quyền chọn cơ sở chăm sóc cuối đời.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Một đội ngũ gồm các chuyên gia và nhân viên chăm sóc được đào tạo đặc biệt sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho người đó, bao gồm các nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tinh thần.

Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị.

Lập hóa đơn không đúng/không phù hợp: Một trường hợp khi nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ. Nếu nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu, quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.

Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ cần thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi khi nhận các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia (In-Home Supportive Services, IHSS): Chương Trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể điều trị tại chính nhà của mình một cách an toàn. IHSS là một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc ngoài nhà, như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc và ăn ở. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt là, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (như chăm sóc ruột và bàng quang, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), kèm theo các cuộc hẹn khám và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ. Các cơ quan dịch vụ xã hội quận quản lý IHSS.

Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về các dịch vụ hoặc điều trị y khoa, quý vị có thể làm đơn khiếu nại. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và quý vị gặp vấn đề về dịch vụ Medi-Cal, bao gồm cả tiếp liệu và thuốc DME, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California tiến hành IMR. IMR là một cuộc duyệt xét trường hợp của quý vị được thực hiện do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu quyết định IMR ủng hộ phía quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc việc điều trị mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị sẽ không phải trả chi phí cho IMR.

Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (IRO): Một tổ chức độc lập do Medicare thuê để xem xét khiếu nại cấp độ 2. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan thuộc chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có đúng không hay có cần thay đổi quyết định đó không. Medicare giám sát việc làm của họ. Tên chính thức là Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập.

Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP hoặc Chương Trình Chăm Sóc):

Một chương trình về những dịch vụ quý vị sẽ nhận và cách quý vị sẽ nhận các dịch vụ đó. Chương trình của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc Medicare Phần D của quý vị đạt mức **\$8,000**. Số tiền này bao gồm số tiền mà quý vị đã thanh toán, số tiền mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán thay cho quý vị và trợ cấp thu nhập thấp. Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị trả phần còn lại của mình.

Bệnh nhân nội trú: Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được chính thức nhập viện để được hưởng các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu không được nhập viện chính thức, quý vị vẫn có thể được xem là bệnh nhân ngoại trú thay vì bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm.

Đội Ngũ Chăm Sóc Liên Ngành (ICT hoặc Đội ngũ chăm sóc): Một đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, cố vấn hoặc các chuyên gia y tế khác luôn sẵn sàng giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập chương trình chăm sóc.

Danh Sách Thuốc Được Đòi Thọ (Danh Sách Thuốc): Danh sách các loại thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) mà chúng tôi đòi hỏi. Chúng tôi chọn các loại thuốc trong danh sách này nhờ sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc chỉ ra cho quý vị biết các quy tắc mà quý vị cần tuân theo để nhận được thuốc của mình. Danh Sách Thuốc đôi khi được gọi là “danh mục thuốc”.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn sẽ giúp cải thiện tình trạng y tế dài hạn. Hầu hết các dịch vụ này sẽ giúp quý vị ở trong nhà để quý vị không phải đến cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được chương trình của chúng tôi đòi hỏi gồm các Dịch Vụ Tại Cộng Đồng, Cơ Sở Điều Dưỡng (NF) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Các chương trình miễn trừ IHSS và 1915(c) là Medi-Cal LTSS được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi.

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Tham khảo “Trợ Giúp Thêm”.

Chương Trình Đặt Mua Qua Bưu Điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt mua qua bưu điện cho phép quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc theo toa được đòi hỏi lên đến 3 tháng và thuốc này sẽ được gửi trực tiếp đến nhà của quý vị. Đây có thể là một cách hiệu quả và thuận tiện để mua thuốc theo toa mà quý vị dùng thường xuyên.

Medi-Cal: Đây là tên chương trình Medicaid của California. Medi-Cal là chương trình do tiểu bang quản lý và được thanh toán bởi chính quyền tiểu bang và liên bang.

- Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như các chi phí y tế.
- Chương trình đòi hỏi cho các dịch vụ và thuốc thêm mà không được Medicare đòi hỏi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị hội đủ điều kiện với cả Medicare và Medi-Cal.

Các chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ đài thọ cho các quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y khoa và phương tiện chuyên chở. Quyền lợi Medicare là riêng biệt.

Medicaid (hoặc Trợ Cấp Y Tế): Một chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid cho Tiểu bang California.

Cần thiết về mặt y tế: Điều này mô tả các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh trạng hoặc để duy trì tình trạng y tế hiện tại của quý vị. Loại này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Nó cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y tế.

Chương Trình Medicare: Chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi có khuyết tật nhất định và những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách thận hoặc cấy ghép thận). Những người có Medicare có thể nhận được bảo hiểm sức khỏe Medicare thông qua Original Medicare hoặc một chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo “Chương trình bảo hiểm sức khỏe”).

Medicare Advantage: Một chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “MA”, cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để đài thọ cho các quyền lợi Medicare của quý vị.

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng): Một hội đồng xem xét khiếu nại cấp độ 4. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ Liên Bang.

Các dịch vụ được Medicare đài thọ: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, bao gồm cả chương trình của chúng tôi, phải đài thọ cho tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ.

Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): Một chương trình thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược vượt qua những thách thức để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Một người đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm Medicare và Medi-Cal. Người ghi danh Medicare-Medicaid còn được gọi là “cá nhân đủ điều kiện kép”.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare đài thọ cho hầu hết các bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại gia và chăm sóc cuối đời cần thiết về mặt y tế.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare bao gồm các dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và tiếp liệu (chẳng hạn như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh hoặc tình trạng y tế. Medicare Phần B cũng đài thọ cho nhiều dịch vụ phòng ngừa và khám sàng lọc.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Advantage” hoặc “MA” cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare thông qua Chương Trình MA.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc theo toa của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là “Phần D”. Medicare Phần D đài thọ cho thuốc theo toa ngoại trú, vắc-xin và một số tiếp liệu không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B hoặc Medicaid. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D. Quốc hội đặc biệt loại trừ một số danh mục thuốc khỏi bảo hiểm Medicare Phần D. Medicaid có thể đài thọ cho một số loại thuốc này.

Quản Lý Trị Liệu Dùng Thuốc (MTM): Một nhóm dịch vụ riêng biệt hoặc một nhóm dịch vụ được các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bao gồm cả dược sĩ cung cấp để đảm bảo kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân. Hãy tham khảo Chương 5 trong Cẩm Nang Hội Viên này để biết thêm thông tin.

Hội Viên (hội viên của chương trình chúng tôi hoặc hội viên của chương trình): Một người có Medicare và Medi-Cal đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ được đài thọ, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đó đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang xác nhận.

Cẩm Nang Hội Viên và Thông Tin Công Bố: Tài liệu này, cùng với mẫu đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác hoặc các điều khoản bổ sung sẽ giải thích phạm vi bảo hiểm của quý vị, những việc chúng tôi phải làm, quyền của quý vị và những việc quý vị phải làm với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Dịch Vụ Hội Viên: Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, đơn phàn nàn và khiếu nại. Tham khảo Chương 2 của Cẩm Nang Hội Viên này để biết thêm thông tin về Các Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** truy cập kp.org/medicare.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Một nhà thuốc (cửa hàng thuốc) đồng ý lấy các loại thuốc theo toa cho các hội viên của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là “nhà thuốc trong mạng lưới” vì họ đã đồng ý làm việc với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ đòi hỏi cho các toa thuốc được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Mạng lưới nhà cung cấp: “Nhà cung cấp” là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ bác sĩ, điều dưỡng và những người cung cấp dịch vụ và chăm sóc khác cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan y tế gia đình, phòng khám và những nơi cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y khoa và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép và chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là “nhà cung cấp trong mạng lưới” khi họ đồng ý làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí cho hội viên.
- Khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ được đòi hỏi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “các nhà cung cấp thuộc chương trình”.

Viện dưỡng lão hoặc cơ sở điều dưỡng: Một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng lại không cần phải đến bệnh viện.

Thanh tra viên: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị làm việc với tư cách là người biện hộ thay mặt quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ thanh tra viên đều miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Quyết định của tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi, hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi, quyết định về việc liệu các dịch vụ có được đòi hỏi hay không hoặc quý vị phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ được đòi hỏi. Các quyết định của tổ chức được gọi là “các quyết định bảo hiểm”. **Chương 9** của **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích các quyết định bảo hiểm.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ sẽ được đòi hỏi bằng cách thanh toán số tiền mà Quốc Hội quyết định cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare có sẵn ở khắp mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Một nhà thuốc đã không đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các loại thuốc được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi sẽ không đài thọ cho hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận được từ các hiệu thuốc ngoài mạng lưới trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài mạng lưới: Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành và không bị ràng buộc do hợp đồng cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. **Chương 3** của **Cẩm Nang Hội Viên** này giải thích các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Chi phí tự trả: Yêu cầu chia sẻ chi phí để các hội viên thanh toán một phần dịch vụ hoặc thuốc mà họ nhận được còn được gọi là yêu cầu chi phí “tự trả”. Tham khảo định nghĩa về “phần chia sẻ chi phí” ở trên.

Thuốc không kê toa (OTC): Thuốc không kê toa là thuốc hoặc dược phẩm mà một người có thể mua mà không cần toa thuốc do chuyên gia y tế kê toa. Tham khảo **Chương 4** thông tin về các vật dụng Không Kê Toa về Sức Khỏe và Tình Trạng Khỏe Mạnh được đài thọ.

Phần A: Tham khảo “Medicare Phần A”.

Phần B: Tham khảo “Medicare Phần B”.

Phần C: Tham khảo “Medicare Phần C”.

Phần D: Tham khảo “Medicare Phần D”.

Thuốc Phần D: Tham khảo “Thuốc Medicare Phần D”.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và bệnh sử của quý vị. Tham khảo **Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư** của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và công bố PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ đảm bảo quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần để luôn khỏe mạnh.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị với họ.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp chăm sóc chính của mình trước khi sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Tham khảo **Chương 3** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp chăm sóc chính.

Sự Cho Phép Trước (PA): Một sự chấp thuận mà quý vị phải nhận được từ phía chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể hoặc sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu trước tiên quý vị không được chấp thuận thì chương trình của chúng tôi có thể sẽ không đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi Cho Phép Trước (PA).

- Các dịch vụ được đài thọ cần có PA của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong **Chương 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho một số loại thuốc chỉ khi quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Các loại thuốc được đài thọ cần có Sự Cho Phép Trước (PA) của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong **Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ**.

Chương Trình dành cho Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE): Một chương trình đài thọ cho cả quyền lợi Medicare lẫn Medicaid dành cho những người từ 55 tuổi trở lên, những người cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Bộ phận giả và Dụng cụ chỉnh hình: Các thiết bị y khoa do bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay nhân tạo; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm các nguồn cung cấp cho cơ quan hậu môn và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và không qua đường tiêu hóa.

Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO): Một nhóm gồm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, giúp cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe cho những người có Medicare. Chính phủ liên bang sẽ trả tiền cho QIO để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để biết thông tin về QIO.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận. Chúng tôi có thể sẽ giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi đòi hỏi cho mỗi đơn thuốc.

Công Cụ Phúc Lợi Theo Thời Gian Thực: Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và thuốc được đòi hỏi đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, theo người ghi danh. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế có thể được sử dụng cho cùng một tình trạng sức khỏe như một loại thuốc nhất định và các hạn chế về đòi hỏi (sự cho phép trước hoặc giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là sự chấp thuận của nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị hoặc của chúng tôi cho phép sử dụng một nhà cung cấp khác với PCP của quý vị. Nếu trước tiên quý vị không được chấp thuận thì chương trình của chúng tôi có thể sẽ không đòi hỏi cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giới thiệu để thăm khám các bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu trong **Chương 3 và 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Sự điều trị mà quý vị nhận được để giúp quý vị hồi phục sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc thực hiện đại phẫu. Tham khảo **Chương 4** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Các dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tinh thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, chăm sóc xác định giới tính và bạo lực quý vị tình thân mật.

Khu vực phục vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình này giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi họ sinh sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, khu vực phục vụ thông thường là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Chỉ những ai sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể ghi danh tham gia vào chương trình của chúng tôi.

Khu vực phục vụ được mô tả trong **Chương 1** vì các mục đích chia sẻ chi phí, ghi danh và rút tên ghi danh. Vì mục đích nhận các dịch vụ được đòi hỏi, quý vị sẽ được nhận sự chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới ở bất kỳ đâu trong khu vực phục vụ của chúng tôi trong Khu Vực Miền Nam California (tham khảo **Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc** của chúng tôi).

Chia sẻ chi phí: Phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể phải thanh toán hàng tháng trước khi quyền lợi của quý vị có hiệu lực. Mức chia sẻ chi phí của quý vị sẽ khác nhau tùy thuộc vào thu nhập và nguồn lực của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, truy cập kp.org/medicare.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Một cơ sở điều dưỡng có đội ngũ nhân viên và trang thiết bị cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trong hầu hết các trường hợp, còn có các dịch vụ phục hồi chức năng và các dịch vụ y tế liên quan khác.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Các dịch vụ chăm sóc và phục hồi chức năng điều dưỡng chuyên môn được cung cấp liên tục và hàng ngày trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) mà có thể được y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa: Bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để điều trị một căn bệnh cụ thể hay đối với một phần cơ thể.

Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo **Chương 5** của **Cẩm Nang Hội Viên** này để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên khoa.

Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang: Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không chấp thuận hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, quý vị có thể yêu cầu mở phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đưa ra quyết định ủng hộ phía quý vị thì chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI): Quyền lợi An Sinh Xã Hội hàng tháng trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, những người bị tàn tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Chăm sóc cần gấp: Chăm sóc mà quý vị nhận được cho một bệnh, chấn thương hoặc tình trạng đột ngột không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi các nhà cung cấp trong mạng lưới không khả dụng hoặc quý vị không thể liên hệ với họ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Số điện thoại này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** truy cập kp.org/medicare.

Thông Báo về Việc Không Phân Biệt Đối Xử

Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính. Kaiser Permanente không loại trừ hay đối xử với người nào một cách khác biệt vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính. Chúng tôi cũng:

- Cung cấp phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Các thông dịch viên đủ trình độ chuyên môn về ngôn ngữ ký hiệu.
 - Các văn bản thông tin với những hình thức khác, chẳng hạn như chữ khổ lớn, băng đĩa thu âm và các hình thức điện tử có thể truy cập được.
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Các thông dịch viên đủ trình độ chuyên môn.
 - Các văn bản thông tin bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần.

Nếu quý vị tin rằng Kaiser Permanente đã không cung cấp các dịch vụ này hay đã phân biệt đối xử dưới hình thức khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hay giới tính thì quý vị có thể đệ trình phàn nàn với Điều Phối Viên Dân Quyền của chúng tôi bằng cách gửi thư đến One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 hay gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại nêu trên. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn bằng cách gửi thư qua đường bưu điện hoặc gọi điện thoại. Nếu quý vị cần trợ giúp đệ trình phàn nàn, Điều Phối Viên Dân Quyền của chúng tôi sẵn sàng trợ giúp quý vị. Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền bằng phương thức điện tử thông qua Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc gửi thư qua đường bưu điện cho: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, hoặc gọi số **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697 (TDD)**. Mẫu đơn than phiền hiện có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ◆ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ◆ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị

- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại kp.org/facilities để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California (*Dành Riêng Cho Người Thu Hưởng Medi-Cal*)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019 (TTY 711 hay 1-800-537-7697)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201

Mẫu đơn than phiền hiện có tại

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Trực tuyến:** Truy cập Công Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً في مدارك الإسعاف لغلة أيام الأسبوع عجب الجنك طب خدمت ترجمه فوریة اوترح مؤسسه ای برای خدمات ترجمه طب غیره آخری ای جنک طب من اعدات جنرفیة و آج زنی مؤلفن! ما یحیک سرویالاتن الینا یحی لرقم **1-800-464-4000** یحی مدارک الإسعاف لظلة أيام الأسبوع (مفت خدمات) لمبت خدمتی خدمه ل تلفن لصری یرجیالاتن ال یحی لرقم **711**).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمت اتوبانی در 24 ساعتی بان روز و 7 روز هفتا بدون اخذ هزینه در تلخی ارشم است. شما میتونی برای خدمات ترجمه شفاهی، ترجمه مدارک و زبان شما و ابه ضرورت های دیگر در اینجهت کنیدی. شما هم چنین میتوایی کمک های چینی و و سطل. کمک های برای محقق امت خود در خواست بکنید کفست در 24 ساعت شبان روز و 7 زروفته (به عنوان ایوزه ای ت عطی الام با ما به شماره **1-800-464-4000** ت م ب گری دی کلوب بران شین و ا) TTY (با شماره **711** تم اییگی رن د).

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັງຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idííkiłgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

Dịch Vụ Hội Viên của Senior Advantage Medicare Medi-Cal

GỌI	1-800-443-0815 Các cuộc gọi tới số này miễn phí. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Dịch Vụ Hội Viên cũng có các dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này miễn phí. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (xem Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để biết địa điểm).
TRANG MẠNG	kp.org