

Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2025

Chứng Từ Bảo Hiểm:

Các Quyền Lợi, Dịch Vụ Sức Khỏe và Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare của quý vị với tư cách một Hội Viên của chương trình Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin giữ tài liệu này tại một nơi an toàn.**

Nếu có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-805-2739. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.) Giờ làm việc từ 8 giờ sáng tới 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này được miễn cước.

Chương trình này, Kaiser Permanente Dual Complete Plan, là chương trình được Kaiser Foundation Health Plan (Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe) cung cấp. Khi *Chứng Từ Bảo Hiểm* này đề cập tới “chúng tôi”, “về chúng tôi” hay “của chúng tôi”, có nghĩa là đang nói tới Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe. Khi đề cập tới “chương trình” hay “chương trình của chúng tôi” có nghĩa là đang nói tới Kaiser Permanente Dual Complete.

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-805-2739 để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.) Giờ làm việc từ 8 giờ sáng tới 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.

Nếu quý vị cần, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tài liệu này) để được cung cấp tài liệu này ở dạng bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu.

Quyền lợi, phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và/hoặc tiền đồng trả/tiền đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2026. Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết. Chúng tôi sẽ thông báo cho những người ghi danh bị ảnh hưởng về những thay đổi trước ít nhất 30 ngày.

Tài liệu này giải thích các quyền lợi và quyền của quý vị. Sử dụng tài liệu này để biết thông tin về:

- Phí bảo hiểm và phần chia sẻ chi phí ở gói bảo hiểm của quý vị;
- Quyền lợi y tế và thuốc theo toa của quý vị;
- Cách nộp đơn than phiền nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc điều trị;
- Cách liên hệ với chúng tôi nếu quý vị cần hỗ trợ thêm; và,
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare.

H1230_2025008VI_C

PBP #: 008

OMB Approval 0938-1051 (Hết hạn: Ngày 31 tháng 8 năm 2026)

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025

Mục Lục

Chương 1: <i>Bắt đầu với tư cách là hội viên</i>	7
MỤC 1 Phần Giới Thiệu.....	7
MỤC 2 Điều kiện trở thành hội viên của chương trình là gì?	9
MỤC 3 Các tài liệu hội viên quan trọng mà quý vị sẽ nhận được.....	10
MỤC 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho chương trình của chúng tôi	12
MỤC 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.....	15
MỤC 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị.....	16
MỤC 7 Cách bảo hiểm khác hoạt động cùng chương trình của chúng tôi	17
Chương 2: <i>Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng</i>	19
MỤC 1 Liên lạc với Kaiser Permanente Dual Complete (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên)	19
MỤC 2 Medicare (cách được trợ giúp và lấy thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare của liên bang).....	23
MỤC 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (giúp đỡ, cung cấp thông tin và giải đáp miễn phí các thắc mắc của quý vị về Medicare).....	25
MỤC 4 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng	26
MỤC 5 Sở An Sinh Xã Hội	27
MỤC 6 Medicaid	28
MỤC 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả cho thuốc theo toa.....	30
MỤC 8 Cách liên lạc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa.....	33
Chương 3: <i>Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế của quý vị</i>	35
MỤC 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	35
MỤC 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận chăm sóc y tế của quý vị.....	37
MỤC 3 Cách nhận các dịch vụ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc cần gấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa.....	42
MỤC 4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị được thanh toán trực tiếp cho toàn bộ chi phí dịch vụ của mình?.....	45
MỤC 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được đài thọ ra sao khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng?	45
MỤC 6 Các quy tắc để được chăm sóc trong một viện chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo	48
MỤC 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y khoa lâu bền	49

Chương 4: <i>Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)</i>	51
MỤC 1 Hiểu các chi phí tự trả của quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ.....	51
MỤC 2 Sử dụng Bảng Quyền lợi Y tế này để tìm hiểu xem quý vị được đài thọ những gì và phải trả bao nhiêu	53
MỤC 3 Những dịch vụ nào được đài thọ ngoài chương trình của chúng tôi?.....	106
MỤC 4 Những dịch vụ nào không được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi?	107
Chương 5: <i>Sử dụng đài thọ ở chương trình của chúng tôi cho các loại thuốc theo toa Phần D</i>	116
MỤC 1 Phần Giới Thiệu.....	116
MỤC 2 Mua thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới hay qua dịch vụ gửi qua bưu điện của chúng tôi	117
MỤC 3 Thuốc của quý vị cần phải có trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi.....	120
MỤC 4 Có những hạn chế về đài thọ đối với một số thuốc	123
MỤC 5 Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ thì sao?.....	124
MỤC 6 Nếu khoản đài thọ của quý vị thay đổi cho một trong các thuốc của quý vị thì sao?.....	126
MỤC 7 Những loại thuốc nào <i>không được</i> đài thọ bởi chương trình của chúng tôi?.....	129
MỤC 8 Mua thuốc theo toa	130
MỤC 9 Đài thọ thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt	131
MỤC 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc.....	132
Chương 6: <i>Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D của mình</i>	135
MỤC 1 Phần Giới Thiệu.....	135
MỤC 2 Những gì quý vị phải trả cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán thuốc nào khi lấy thuốc đó	138
MỤC 3 Chúng tôi gửi cho quý vị các báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và cho biết quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào	138
MỤC 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Bậc 1, 2, 3, 4 và 5 của mình.....	140
MỤC 5 Trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình của chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chương trình cho thuốc của quý vị và quý vị trả phần chia sẻ của quý vị.....	140
MỤC 6 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.....	145
MỤC 7 Vắc-xin Phần D. Số tiền mà quý vị trả phụ thuộc vào việc quý vị nhận ở đâu và khi nào.....	145

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 y tế hoặc thuốc được đài thọ.....	148
MỤC 1 Các tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ của quý vị	148
MỤC 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được.....	151
MỤC 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và cho quý vị biết chúng tôi đồng ý hay không đồng ý.....	152
Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị	153
MỤC 1 Chúng tôi phải tôn trọng các quyền và các yếu tố nhạy cảm văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi	153
MỤC 2 Với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có một số trách nhiệm.....	159
Chương 9: Quý vị cần làm gì khi gặp vấn đề khó khăn hoặc than phiền (quyết định đài thọ, khiếu nại, than phiền).....	161
MỤC 1 Phần Giới Thiệu.....	161
MỤC 2 Nơi để có thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa.....	162
MỤC 3 Tìm hiểu về than phiền và khiếu nại về Medicare và Medicaid trong chương trình của chúng tôi	163
VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI CỦA QUÝ VỊ	163
MỤC 4 Quyết định bảo hiểm và khiếu nại	163
MỤC 5 Hướng dẫn những thông tin cơ bản về quyết định bảo hiểm và khiếu nại.	164
MỤC 6 Chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định đài thọ hoặc làm khiếu nại quyết định đài thọ.....	167
MỤC 7 Thuộc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại	177
MỤC 8 Cách yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm	187
MỤC 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng đài thọ của quý vị kết thúc quá sớm.....	194
MỤC 10 Đưa khiếu nại của quý vị lên Cấp 3 trở lên	201
MỤC 11 Cách than phiền về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các mối lo ngại khác	205

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	210
MỤC 1 Giới thiệu việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....	210
MỤC 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?.....	210
MỤC 3 Quý vị kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi như thế nào?.....	214
MỤC 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị phải tiếp tục nhận các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi.....	215
MỤC 5 Chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi ở một số tình huống nhất định.....	216
Chương 11: Các thông báo pháp lý.....	218
MỤC 1 Thông báo về luật chủ quản.....	218
MỤC 2 Thông báo về không phân biệt đối xử.....	218
MỤC 3 Thông báo về quyền thay mặt đòi bồi thường của Bên Thanh Toán Phụ Medicare.....	218
MỤC 4 Quản Lý Chứng Từ Bảo Hiểm này.....	219
MỤC 5 Ứng dụng và báo cáo tài chính.....	219
MỤC 6 Sự chuyển nhượng.....	219
MỤC 7 Phí và chi phí cho luật sư và người biện hộ.....	219
MỤC 8 Điều phối quyền lợi.....	219
MỤC 9 Trách nhiệm của hãng sở.....	220
MỤC 10 Chứng Từ Bảo Hiểm ràng buộc các hội viên.....	220
MỤC 11 Trách nhiệm của cơ quan chính phủ.....	220
MỤC 12 Phi trách nhiệm của hội viên.....	220
MỤC 13 Không khước từ.....	220
MỤC 14 Các Thông Báo.....	220
MỤC 15 Thu hồi tiền thanh toán vượt mức.....	221
MỤC 16 Trách nhiệm của bên thứ ba.....	221
MỤC 17 Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ.....	222
MỤC 18 Bồi thường cho người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm của hãng sở.....	222
MỤC 19 Mang Thai Hộ.....	223
MỤC 20 Phân Xử Qua Trọng Tài Có Giá Trị Ràng Buộc.....	223
Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng.....	229

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

MỤC 1 Phần Giới Thiệu

Mục 1.1 Quý vị đã ghi danh tham gia Kaiser Permanente Dual Complete, một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt)

Quý vị được đài thọ bởi cả Medicare và Medicaid:

- **Medicare** là chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị những khuyết tật nhất định và những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Medicaid** là một chương trình kết hợp của chính quyền liên bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ các phí tổn y tế cho một số người nhất định bị hạn chế về thu nhập và các nguồn hỗ trợ. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy thuộc vào tiểu bang và loại Medicaid mà quý vị có. Một số người có Medicaid được trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Những người khác cũng được đài thọ cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare chi trả.

Quý vị đã chọn nhận đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa Medicare của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Kaiser Permanente Dual Complete. Chúng tôi được yêu cầu đài thọ tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, phần chia sẻ chi phí và việc tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình này khác với Original Medicare.

Kaiser Permanente Dual Complete là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare), có nghĩa là các quyền lợi của chương trình này được thiết kế dành cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Kaiser Permanente Dual Complete được thiết kế dành cho những người có Medicare và những người cũng có quyền nhận hỗ trợ từ Medicaid.

Do quý vị được hỗ trợ từ Medicaid về khoản chia sẻ chi phí Medicare Phần A và B của mình (các khoản khấu trừ, đồng thanh toán, và đồng bảo hiểm), nên quý vị có thể không phải trả gì cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của mình. Medicaid cũng có thể cung cấp các phúc lợi khác cho quý vị bằng cách đài thọ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc theo toa, chăm sóc dài hạn và/hoặc các dịch vụ tại nhà và cộng đồng thường không được Medicare đài thọ. Quý vị cũng sẽ nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán chi phí thuốc theo toa Medicare của mình. Chương trình của chúng tôi sẽ giúp quản lý tất cả những phúc lợi này cho quý vị để quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị có quyền được hưởng.

Kaiser Permanente Dual Complete được điều hành bởi một tổ chức phi lợi nhuận. Giống như tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare này được Medicare phê duyệt. Chương trình này cũng có hợp đồng với chương trình Hawaii Medicaid để điều phối các quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi rất vui được cung cấp đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare, bao gồm cả đài thọ thuốc theo toa của quý vị.

Đài thọ theo chương trình này đủ điều kiện là Đài Thọ Y Tế Đủ Điều Kiện (QHC) và thỏa mãn yêu cầu trách nhiệm chia sẻ cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ và Chăm Sóc Hợp Túi Tiền (ACA) cho Bệnh Nhân. Truy cập trang mạng của Sở Thuế vụ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Mục 1.2 Tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm trình bày điều gì?

Tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này cho quý vị biết cách để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa Medicare của quý vị. Tài liệu này giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, quý vị được đài thọ gì, quý vị phải trả bao nhiêu với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi cũng như cách nộp đơn than phiền nếu quý vị không hài lòng với một quyết định hoặc điều trị.

Các từ *đài thọ* và *các dịch vụ được đài thọ* đề cập tới việc chăm sóc, các dịch vụ y tế và các loại thuốc theo toa được cung cấp cho quý vị với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi.

Điều quan trọng là quý vị cần tìm hiểu các quy tắc của chương trình chúng tôi và các dịch vụ nào được cung cấp cho quý vị. Chúng tôi khuyên quý vị dành chút thời gian để xem qua tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này.

Nếu quý vị bối rối, lo lắng, hoặc chỉ là có câu hỏi, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên.

Mục 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng Từ Bảo Hiểm

Chứng Từ Bảo Hiểm này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách thức chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Những phần khác của hợp đồng này bao gồm đơn ghi danh của quý vị, *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)* của chúng tôi và bất cứ thông báo nào mà quý vị nhận được từ chúng tôi về những thay đổi trong việc đài thọ hay các điều kiện làm ảnh hưởng tới việc đài thọ cho quý vị. Những thông báo này đôi khi gọi là *điều khoản bổ sung* hay *phần sửa đổi*.

Hợp đồng có hiệu lực cho những tháng quý vị ghi danh tham gia vào Kaiser Permanente Dual Complete từ ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Mỗi năm lịch, Medicare cho phép chúng tôi thay đổi các chương trình mà chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi các chi phí và quyền lợi của chương trình của mình sau ngày 31 tháng 12 năm 2025. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp chương trình này ở khu vực phục vụ của quý vị, hoặc cung cấp chương trình đó ở khu vực phục vụ khác sau ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) phải chấp thuận chương trình của chúng tôi mỗi năm. Quý vị có thể tiếp tục nhận đài thọ Medicare mỗi năm với vai trò hội viên trong chương trình của chúng tôi chừng nào chúng tôi còn lựa chọn tiếp tục cung cấp chương trình của chúng tôi và Medicare gia hạn sự chấp thuận của họ cho chương trình của chúng tôi.

MỤC 2 Điều kiện trở thành hội viên của chương trình là gì?

Mục 2.1 Yêu cầu về điều kiện để quý vị trở thành hội viên

Quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi nếu quý vị:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B.
- -- và -- Quý vị sống trong khu vực địa lý phục vụ của chúng tôi (Mục 2.3 bên dưới mô tả khu vực phục vụ của chúng tôi). Các cá nhân bị giam giữ không được xem là sinh sống tại khu vực địa lý phục vụ ngay cả khi họ thực sự hiện diện ở đó.
- -- và -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hay hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- -- và -- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đặc biệt về điều kiện trở thành hội viên được mô tả dưới đây.

Yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của những người nhận được một số phúc lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là một chương trình kết hợp của chính quyền liên bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ các phí tổn y tế cho một số người nhất định bị hạn chế về thu nhập và các nguồn hỗ trợ.) Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện nhận Medicare và có đầy đủ các quyền lợi Medicaid. Quý vị phải ghi danh tham gia chương trình Medicaid với Kaiser Permanente.

Xin lưu ý: Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia nhưng có lý do hợp lý để kỳ vọng có thể hội đủ điều kiện tham gia trong vòng 6 tháng, quý vị vẫn sẽ đủ điều kiện trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Mục 2.1, cho quý vị biết thông tin về phạm vi bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong thời gian được coi là tiếp tục đủ điều kiện).

Mục 2.2 Medicaid là gì?

Medicaid là một chương trình kết hợp của chính quyền liên bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ các phí tổn y tế cho một số người nhất định bị hạn chế về thu nhập và các nguồn hỗ trợ. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được coi là thu nhập và các nguồn hỗ trợ, ai đủ điều kiện, những dịch vụ nào được chi trả và chi phí cho các dịch vụ. Tiểu bang cũng có thể quyết định cách vận hành các chương trình của bang miễn là chúng tuân thủ các hướng dẫn của liên bang.

Ngoài ra, có các chương trình được cung cấp qua Medicaid, giúp người có Medicare chi trả cho các chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare của họ. Những “Chương Trình Tiết Kiệm Medicare” này giúp người bị hạn chế về thu nhập và nguồn hỗ trợ tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Người Thu Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và phần chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và tiền đồng trả). (Một số người có QMB cũng đủ điều kiện hợp lệ cho toàn bộ quyền lợi của Medicaid (QMB+).)

- **Người Thu Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B. (Một số người có SLMB cũng đủ điều kiện hợp lệ cho toàn bộ quyền lợi của Medicaid (SLMB+).)

Mục 2.3 Đây là khu vực phục vụ ở chương trình của chúng tôi dành cho Kaiser Permanente Dual Complete

Chương trình của chúng tôi chỉ có cho những cá nhân sống trong khu vực phục vụ ở chương trình của chúng tôi. Để duy trì tư cách hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực phục vụ của chương trình.

Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm Quận Honolulu tại Hawaii.

Ngoài ra, khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm những phần này của **Quận Maui** tại Hawaii, chỉ ở các mã ZIP sau đây: 96708, 96713, 96732, 96733, 96753, 96761, 96767, 96768, 96779, 96784, 96788, 96790 và 96793.

Nếu quý vị định chuyển ra khỏi khu vực phục vụ, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình này. Vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên để xem liệu chúng tôi có chương trình ở khu vực mới của quý vị không. Khi quý vị chuyển đi, quý vị sẽ có một Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt cho phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh tham gia vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc Medicare có tại địa điểm mới của quý vị.

Một điều quan trọng nữa là quý vị cần gọi cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên lạc cho Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Mục 5.

Mục 2.4 Công Dân Hoa Kỳ hoặc Hiện Diện Hợp Pháp

Một hội viên của chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare phải là một công dân Hoa Kỳ hay hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện hợp lệ để duy trì tư cách hội viên trên cơ sở này. Chúng tôi phải rút tên ghi danh của quý vị ra nếu quý vị không đáp ứng được yêu cầu này.

MỤC 3 Các tài liệu hội viên quan trọng mà quý vị sẽ nhận được

Mục 3.1 Thẻ hội viên chương trình của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medicaid của mình. Trong lúc quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải dùng thẻ hội viên của mình bất cứ lúc nào sử dụng dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ và các loại thuốc theo toa quý vị lấy tại các nhà thuốc thuộc mạng lưới. Đây là một thẻ hội viên mẫu để quý vị biết được thẻ của mình sẽ như thế nào:



Quý vị KHÔNG cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương hoặc thẻ Medicaid của mình cho hầu hết các dịch vụ y tế được đài thọ khi quý vị là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ hội viên Kaiser Permanente Dual Complete, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Để thẻ Medicare và thẻ Medicaid của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ Medicare nếu quý vị cần các dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời, hoặc tham gia vào các nghiên cứu lâm sàng, còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng được Medicare chấp thuận. Ngoài ra, quý vị có thể cần xuất trình thẻ Medicaid nếu quý vị cần các dịch vụ chỉ do Medicaid đài thọ.

Nếu thẻ hội viên chương trình của quý vị bị hư, mất hay bị ăn cắp, gọi ngay cho Dịch Vụ Hội Viên và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Mục 3.2 Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp

Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà cung ứng thiết bị y khoa lâu bền hiện tại của chúng tôi. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y khoa, các nhà cung ứng thiết bị y khoa lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán đầy đủ là khoản gồm phần thanh toán của chúng tôi và bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào của chương trình.

Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được dịch vụ và chăm sóc y tế. Nếu quý vị đi khám nơi khác mà không có sự cho phép thích hợp, quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ. Các trường hợp ngoại lệ duy nhất là các trường hợp cấp cứu, các dịch vụ cần gấp khi mạng lưới không khả dụng (nghĩa là trong các tình huống mà việc nhận được các dịch vụ trong mạng lưới là không hợp lý hoặc không khả thi), các dịch vụ thăm tách ngoài khu vực và các trường hợp trong đó chương trình của chúng tôi cho phép sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Danh sách các nhà cung cấp và nhà cung ứng mới nhất có trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ kp.org/directory.

Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp (kp.org/directory) liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Các nhà thuốc trong mạng lưới** là tất cả các nhà thuốc đã đồng ý cho mua thuốc theo toa được đài thọ đối với các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị

muốn sử dụng. Xem Chương 5, Mục 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có bản sao của *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao (bằng điện tử hoặc ở dạng bản cứng) từ Dịch Vụ Hội Viên. Các yêu cầu nhận bản cứng Danh Mục Nhà Cung cấp sẽ được gửi bưu điện đến quý vị trong vòng ba ngày làm việc. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ kp.org/directory.

Mục 3.3 Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ trong Chương Trình Của Chúng Tôi (Danh Mục Thuốc)

Chương trình có *Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ (Danh Mục Thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc". Danh mục thuốc cho biết các loại thuốc theo toa Phần D nào được đãi thọ theo quyền lợi của Phần D có trong chương trình của chúng tôi. Các loại thuốc trên danh mục này được lựa chọn bởi chương trình của chúng tôi với sự giúp đỡ của một đội ngũ các bác sĩ và dược sĩ. Danh mục này phải đáp ứng được các yêu cầu do Medicare ấn định. Medicare đã chấp thuận Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết có bất cứ quy tắc nào làm giới hạn khoản đãi thọ cho các loại thuốc của quý vị hay không.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bản sao Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Để có được thông tin đầy đủ và mới nhất về các loại thuốc được đãi thọ, quý vị có thể truy cập trang mạng của chúng tôi (kp.org/seniorrx) hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

MỤC 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho chương trình của chúng tôi

Chi phí của quý vị có thể bao gồm những khoản sau:

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Mục 4.1).
- Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng Tháng (Mục 4.2).
- Tiền Phạt Vì Ghi Danh Trễ Phần D (Mục 4.3).
- Số Tiền Điều chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Mục 4.4).
- Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Của Medicare (Mục 4.5).

Mục 4.1 Phí bảo hiểm chương trình

Quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho Kaiser Permanente Dual Complete.

Mục 4.2 Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng Tháng

Nhiều hội viên được yêu cầu trả các khoản phí bảo hiểm khác của Medicare

Một số hội viên được yêu cầu trả các khoản phí bảo hiểm khác của Medicare. Như đã giải thích ở Mục 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì khả năng đủ điều kiện nhận Medicaid cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên trong chương trình của chúng tôi, Medicaid thanh toán phí bảo hiểm Phần A của quý vị (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Medicaid không thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là thành viên trong chương trình của chúng tôi. Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Nó cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A ảnh hưởng đến các hội viên không đủ điều kiện nhận phí bảo hiểm miễn phí Phần A.

Mục 4.3 Tiền Phạt Vì Ghi Danh Trễ Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép nên LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị vẫn duy trì trạng thái đủ điều kiện kép, nhưng nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D là một khoản phí bảo hiểm bổ sung phải được trả cho mức đài thọ Phần D nếu bất kỳ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có khoảng thời gian từ 63 ngày liên tiếp trở lên khi quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác. Bảo hiểm thuốc theo toa được công nhận là khoản bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì bảo hiểm này dự kiến sẽ trả, theo trung bình, số tiền ít nhất bằng với mức bảo hiểm thuốc theo toa thông thường của Medicare. Chi phí tiền phạt vì ghi danh trễ tùy thuộc vào thời gian quý vị không sử dụng mức bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác. Quý vị sẽ phải trả tiền phạt này chừng nào quý vị còn có bảo hiểm Phần D.

Quý vị sẽ **không** phải trả nếu:

- Quý vị nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc theo toa của quý vị.
- Quý vị đã có chưa tới 63 ngày liên tiếp mà không có bảo hiểm đáng tin cậy.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy thông qua một nguồn khác chẳng hạn như hãng sở cũ, công đoàn, TRICARE, hoặc Cơ Quan Quản Lý Y Tế Cựu Chiến Binh (VA). Công ty bảo hiểm hoặc phòng nhân sự của quý vị sẽ cho quý vị biết mỗi năm liệu bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm được công nhận không. Thông tin này có thể được gửi cho quý vị trong một lá thư hoặc được đề cập trong một bản tin từ chương trình. Hãy lưu giữ thông tin này vì quý vị có thể cần đến nó nếu sau này quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

- **Lưu ý:** Bất kỳ thông báo nào phải trình bày rằng quý vị đã có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy mà dự kiến sẽ trả số tiền bằng với mức mà chương trình thuốc theo toa thông thường của Medicare chi trả.
- **Lưu ý:** Những loại sau đây *không phải là* bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy: thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí và trang mạng giảm giá thuốc.

Medicare quyết định số tiền phạt. Sau đây là cách làm của họ:

- Trước tiên, tính số tháng trọn vẹn mà quý vị đã chậm trễ trong việc ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị hội đủ điều kiện để ghi danh. Hoặc tính số tháng trọn vẹn mà quý vị đã không có khoản bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy, nếu giai đoạn tạm ngừng bảo hiểm từ 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% cho mỗi tháng mà quý vị đã không có bảo hiểm đáng tin cậy. Ví dụ: nếu quý vị trải qua 14 tháng không được đài thọ, tiền phạt sẽ là 14%.
- Sau đó Medicare quyết định mức phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các chương trình thuốc Medicare trong nước từ năm trước. Với năm 2025, số phí bảo hiểm trung bình này là \$36.78.
- Để tính tiền phạt hàng tháng, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm tiền phạt với mức phí bảo hiểm trung bình hàng tháng rồi làm tròn đến 10 xen gần nhất. Trong ví dụ ở đây, đó sẽ là 14% nhân với \$36.78, bằng \$5.14. Con số này được làm tròn thành \$5.10. Số tiền này sẽ được cộng **vào phí bảo hiểm hàng tháng cho người có tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D.**

Có ba điều quan trọng cần lưu ý về tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D hàng tháng này:

- Trước tiên, **tiền phạt này có thể thay đổi mỗi năm** vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi mỗi năm.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng chừng nào quý vị còn ghi danh tham gia vào chương trình có các quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang nhận quyền lợi Medicare, tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D sẽ được thiết lập lại khi quý vị bước sang tuổi 65. Sau 65 tuổi, tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D của quý vị sẽ chỉ dựa trên những tháng quý vị không có bảo hiểm sau giai đoạn ghi danh đầu tiên của quý vị để đủ tuổi tham gia Medicare.

Nếu quý vị không đồng ý về tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D của mình, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại. Thông thường, quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày ghi trên lá thư đầu tiên mà quý vị nhận được trình bày rằng quý vị phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ. Tuy nhiên, nếu quý vị đã trả tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể không có cơ hội khác để yêu cầu duyệt xét tiền phạt vì ghi danh trễ đó.

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

Một số hội viên có thể phải trả một khoản phụ phí, được gọi là Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D, còn được gọi là IRMAA. Khoản phụ phí được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu số tiền này cao hơn một mức nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về số tiền phụ trội mà quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, hãy truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Nếu quý vị phải trả một số tiền phụ trội, phòng An Sinh Xã Hội, không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết số tiền phụ trội sẽ là bao nhiêu. Số tiền phụ trội đó sẽ được giữ lại từ chi phiếu quyền lợi An Sinh Xã Hội, Hội Đồng Hưu Trí Hòa Xa hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự, cho dù quý vị thường trả phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị như thế nào, trừ khi quyền lợi hàng tháng của quý vị không đủ để chi trả số tiền phụ trội còn nợ đó. Nếu chi phiếu quyền lợi của quý vị không đủ để chi trả số tiền phụ trội, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải trả số tiền phụ trội cho chính phủ. Số tiền đó không thể được thanh toán cùng với phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không trả số tiền phụ trội, quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

Nếu quý vị không đồng ý trả số tiền phụ trội, quý vị có thể yêu cầu Sở An Sinh Xã Hội xem xét quyết định đó. Để tìm thêm thông tin về cách thực hiện việc này, xin liên lạc Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Mục 4.5 Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Của Medicare

Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Của Medicare, mỗi tháng quý vị sẽ thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình (nếu có) và quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc cho thuốc theo toa của mình (thay vì thanh toán cho nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của quý vị dựa trên số tiền quý vị nợ cho bất kỳ toa thuốc nào quý vị nhận được, cộng với số dư của tháng trước, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2, Mục 7 cho biết thêm về Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Của Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn như một phần của lựa chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong Chương 9 để than phiền hoặc khiếu nại.

MỤC 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị

Mục 5.1 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình của quý vị trong năm không?

Không. Chúng tôi không được phép thay đổi số tiền mà chúng tôi thu đối với phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình thay đổi cho năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị vào tháng 9 và thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng trả tiền phạt đăng ký trễ nếu có. Hoặc cần phải bắt đầu trả tiền phạt vì đăng ký trễ. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ Giúp Thêm” hoặc nếu quý vị mất tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ Giúp Thêm” trong năm.

- Nếu hiện tại quý vị đang trả tiền phạt đăng ký trễ Phần D và đủ điều kiện nhận "Trợ giúp thêm" trong năm, quý vị sẽ có thể ngừng trả tiền phạt.
- Nếu quý vị mất “Trợ Giúp Thêm”, quý vị có thể phải chịu tiền phạt vì ghi danh trễ nếu đã 63 ngày liên tiếp trở lên mà quý vị không có phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về chương trình “Trợ Giúp Thêm” trong Chương 2, Mục 7.

MỤC 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị

Hồ sơ hội viên của quý vị có các thông tin từ đơn ghi danh của quý vị, bao gồm địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Hồ sơ cho thấy phạm vi bảo hiểm của chương trình cụ thể, kể cả Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Chính của quý vị.

Bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi cần phải có thông tin chính xác về quý vị. **Những nhà cung cấp trong mạng lưới này sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết các dịch vụ và loại thuốc nào được đài thọ và số tiền chia sẻ chi phí của quý vị là bao nhiêu.** Vì điều này, rất quan trọng để quý vị giúp chúng tôi giữ cho hồ sơ của quý vị được cập nhật.

Cho chúng tôi biết về các thay đổi sau đây:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị.
- Thay đổi đối với bất kỳ đài thọ nào khác của quý vị ở bảo hiểm y tế, chẳng hạn như từ hãng sở của quý vị, hãng sở của vợ/chồng quý vị, hoặc hãng sở của bạn đời sống chung của quý vị, hoặc bồi thường cho người lao động hoặc Medicaid).
- Nếu quý vị có bất cứ yêu cầu nào về trách nhiệm pháp lý, chẳng hạn như đòi bồi thường từ một tai nạn xe cộ.
- Nếu quý vị được nhận vào viện dưỡng lão.
- Nếu quý vị được chăm sóc trong một bệnh viện hay phòng cấp cứu ngoài khu vực hay ngoài mạng lưới.
- Nếu người chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (chẳng hạn như người chăm sóc) thay đổi.
- Nếu quý vị tham gia trong một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải nói với chương trình của mình về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị định tham gia nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị nói ra).

Nếu bất kỳ thông tin nào thay đổi, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Một điều quan trọng nữa là cần liên lạc Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển đi hay đổi địa chỉ gửi thư của quý vị. Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên lạc cho Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Mục 5.

MỤC 7 Cách bảo hiểm khác hoạt động cùng chương trình của chúng tôi

Bảo hiểm khác

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin từ quý vị về bất cứ khoản đài thọ bảo hiểm nào khác về y tế hay thuốc mà quý vị có. Đó là vì chúng tôi phải điều phối với bất cứ khoản đài thọ nào khác mà quý vị có với các quyền lợi của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc này được gọi là **Điều Phối Các Quyền Lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị lá thư liệt kê bất cứ khoản đài thọ bảo hiểm nào khác về y tế hay thuốc mà chúng tôi biết tới. Xin đọc kỹ thông tin này. Nếu đúng, quý vị không cần làm gì hết. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị có thể cần đưa số nhận dạng (ID) hội viên của chương trình quý vị cho các công ty bảo hiểm khác của quý vị (sau khi quý vị đã xác định danh tính của họ) để các hóa đơn của quý vị được thanh toán chính xác và đúng hạn.

Khi quý vị có bảo hiểm khác (như bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ hãng), có các quy tắc được Medicare ấn định mà họ quyết định là chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của quý vị trả trước. Bảo hiểm trả trước gọi là bên trả chính và trả tới giới hạn đài thọ của bên đó. Bên trả thứ hai, gọi là bên trả phụ, chỉ trả nếu có các chi phí còn lại không được chi trả bởi khoản đài thọ chính. Bên chi trả thứ hai có thể không trả tất cả chi phí không được đài thọ. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị biết.

Các quy tắc áp dụng cho chủ hãng hay cho khoản đài thọ của chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của công đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare sẽ chi trả trước.
- Nếu khoản đài thọ của chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị được căn cứ vào việc làm hiện tại của quý vị hay của thành viên trong gia đình quý vị, bên chi trả trước tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số người được thuê bởi hãng sở của quý vị, và có phải quý vị có Medicare được căn cứ vào tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hay Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) của quý vị hay không:
 - Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật, và quý vị hay người trong gia đình quý vị vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị trả trước nếu hãng sở có từ 100 nhân viên trở lên, hoặc có ít nhất một hãng sở trong một chương trình gồm nhiều hãng sở mà có hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hay vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị vẫn còn đang làm việc, chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị sẽ chi trả trước nếu hãng sở có từ 20 nhân viên trở lên, hoặc có ít nhất một hãng sở trong một chương trình gồm nhiều hãng sở mà có hơn 20 nhân viên.

- Nếu quý vị có Medicare vì mắc ESRD, chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị sẽ trả trước cho 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị trở nên đủ điều kiện hợp lệ cho Medicare.

Các loại bảo hiểm này thường trả trước cho các dịch vụ liên quan tới mỗi loại:

- Bảo hiểm không bắt lỗi (kể cả bảo hiểm xe).
- Trách nhiệm pháp lý (kể cả bảo hiểm xe).
- Các quyền lợi cho bệnh phổi đen.
- Bảo hiểm bồi thường người lao động.

Medicaid và TRICARE không bao giờ trả trước cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Họ chỉ trả sau khi Medicare và/hoặc các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của hãng sở đã trả.

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

MỤC 1 Liên lạc với Kaiser Permanente Dual Complete (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên)

Cách liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên của chương trình chúng tôi

Để được giúp khi có thắc mắc về yêu cầu bồi thường, tính tiền hóa đơn hay về thẻ hội viên, xin gọi điện hoặc viết thư cho Dịch Vụ Hội Viên của chương trình Kaiser Permanente Dual Complete. Chúng tôi sẽ vui lòng giúp đỡ quý vị.

Cách Thức	Dịch Vụ Hội Viên – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-805-2739 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 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 được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
TRANG MẠNG	kp.org

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về chăm sóc y tế của quý vị

Quyết định đài thọ là quyết định mà chúng tôi thực hiện về các quyền lợi và khoản đài thọ của quý vị hay về số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ y tế của quý vị. Để biết thêm thông tin về việc xin các quyết định bảo hiểm về chăm sóc y tế của quý vị, xem Chương 9 (*Điều cần làm nếu quý vị gặp trở ngại hay có than phiền (các quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)*).

Cách Thức	Các Quyết Định Bảo Hiểm cho Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-805-2739 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-808-432-5691
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Attn: Authorizations and Referral Management 2828 Paa Street Honolulu, HI 96819
TRANG MẠNG	kp.org

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị yêu cầu ra quyết định đài thọ về các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị

Một quyết định bảo hiểm là một quyết định mà chúng tôi thực hiện về các quyền lợi và đài thọ của quý vị hay về số tiền chúng tôi sẽ trả cho các loại thuốc theo toa được đài thọ của quý vị theo quyền lợi Phần D được bao gồm trong chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về việc xin các quyết định bảo hiểm về các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị, xem Chương 9 (*Điều cần làm nếu quý vị gặp trở ngại hay có than phiền (các quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)*).

Cách Thức	Các Quyết Định Bảo Hiểm cho Các Loại Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-888-277-3917 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-844-403-1028

Cách Thức	Các Quyết Định Bảo Hiểm cho Các Loại Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Lạc
VIẾT THƯ	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
TRANG MẠNG	kp.org

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về chăm sóc y tế hoặc các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị

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. Để biết thêm thông tin về khiếu nại về chăm sóc y tế hoặc các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị, xem Chương 9 (*Điều cần làm nếu quý vị gặp trở ngại hay có than phiền (các quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)*).

Cách Thức	Khiếu Nại đối với Chăm Sóc Y Tế hoặc Các Loại Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-805-2739 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Nếu khiếu nại của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh như được mô tả trong Chương 9, hãy gọi số 1-866-233-2851 hoặc 1-808-432-7503. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-808-432-5260
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Attn: Member Relations 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813 Địa chỉ email: KPHawaii.appeals@kp.org
TRANG MẠNG	kp.org

1-800-805-2739 (TTY 711), 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị than phiền về chăm sóc y tế hoặc các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị

Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hay một trong các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả than phiền về chất lượng chăm sóc của quý vị. Hình thức than phiền này không liên quan tới các tranh chấp về khoản đòi nợ hay việc thanh toán. (Nếu vấn đề của quý vị là về mức bảo hiểm hoặc thanh toán cho chương trình của chúng tôi, quý vị nên xem các mục ở trên về việc yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.) Để biết thêm thông tin về than phiền về chăm sóc y tế hoặc các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị, xem Chương 9 (*Điều cần làm nếu quý vị gặp trở ngại hay có than phiền (các quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)*).

Cách Thức	Than Phiền về Chăm Sóc Y Tế hoặc Các Loại Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-805-2739 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-808-432-5260
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Attn: Member Relations 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
TRANG MẠNG MEDICARE	Quý vị có thể lập thủ tục than phiền về chương trình của chúng tôi trực tiếp tới Medicare. Để nộp một than phiền trực tuyến tới Medicare, truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Nơi để gửi yêu cầu đề nghị chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho chăm sóc y tế hay cho một loại thuốc quý vị đã nhận được

Nếu quý vị đã nhận được hóa đơn hoặc đã thanh toán cho các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ) mà quý vị cho rằng chúng tôi cần thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Xem 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 y tế hoặc thuốc được đài thọ*).

Xin lưu ý: Nếu quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối một phần bất kỳ trong yêu cầu đó, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 (*Những việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề hoặc có than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)*) để biết thêm thông tin.

Cách Thức	Các Yêu Cầu Thanh Toán – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-877-875-3805 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Claims Department Hawaii Region P.O. Box 378021 Denver, CO 80237
TRANG MẠNG	kp.org

MỤC 2 Medicare (cách được trợ giúp và lấy thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare của liên bang)

Medicare là một chương trình bảo hiểm sức khỏe của liên bang cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (hư thận vĩnh viễn yêu cầu phải lọc thận hay cấy ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách về Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (đôi khi gọi là CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, kể cả chương trình của chúng tôi.

Cách Thức	Medicare – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	<p>1-800-MEDICARE hoặc 1-800-633-4227</p> <p>Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi tới số này được miễn cước.</p>
TRANG MẠNG	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Đây là trang mạng chính thức của chính phủ cho Medicare. Trang mạng này cung cấp cho quý vị các thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề Medicare hiện nay. Trang mạng này cũng cung cấp các thông tin về bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia và các cơ sở lọc thận. Trong đó cũng bao gồm các tài liệu mà quý vị có thể in trực tiếp từ máy vi tính của quý vị. Quý vị cũng có thể tìm được các thông tin liên lạc của Medicare tại tiểu bang của mình.</p> <p>Trang mạng của Medicare cũng có các thông tin chi tiết về điều kiện hợp lệ và các lựa chọn ghi danh cho Medicare của quý vị với các công cụ sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Công Cụ Xác Định Đủ Điều Kiện nhận Medicare: Cung cấp thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medicare. • Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare: Cung cấp các thông tin theo yêu cầu của cá nhân về các chương trình thuốc theo toa hiện có của Medicare, các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare và các chính sách của Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) trong khu vực của quý vị. Các công cụ này cho <i>ước lượng</i> về các chi phí tự trả mà quý vị có thể phải trả trong các chương trình Medicare khác. <p>Quý vị cũng có thể dùng trang mạng này để cho Medicare biết về bất kỳ than phiền nào mà quý vị có về chương trình của chúng tôi:</p>

Cách Thức	Medicare – Thông Tin Liên Lạc
TRANG MẠNG	<ul style="list-style-type: none">• Cho Medicare biết về than phiền của quý vị: Quý vị có thể lập thủ tục than phiền về chương trình của chúng tôi trực tiếp tới Medicare. Để nộp một than phiền tới Medicare, truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare coi trọng than phiền của quý vị và sẽ dùng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare. <p>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 ở nơi đó. Hoặc là, quý vị có thể gọi cho Medicare và cho họ biết quý vị đang tìm kiếm thông tin gì. Họ sẽ tìm thông tin trên trang mạng và cùng quý vị xem xét thông tin đó. (Quý vị cũng có thể gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.)</p>

MỤC 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (giúp đỡ, cung cấp thông tin và giải đáp miễn phí các thắc mắc của quý vị về Medicare)

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là một chương trình chính phủ với các nhân viên tư vấn được đào tạo trong mỗi tiểu bang. Ở Hawaii, SHIP được gọi là Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang Hawaii (Hawaii State Health Insurance Assistance Program, Hawaii SHIP).

Hawaii SHIP là một chương trình tiểu bang độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào) nhận tiền từ chính quyền liên bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm sức khỏe địa phương cho những người có Medicare.

Chuyên gia tư vấn Hawaii SHIP có thể giúp quý vị hiểu về các quyền hạn Medicare của quý vị, giúp quý vị than phiền về dịch vụ chăm sóc hay điều trị y tế của quý vị, và giúp quý vị làm rõ các vấn đề với các hóa đơn Medicare của quý vị. Chuyên gia tư vấn Hawaii SHIP cũng có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề về Medicare và giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của mình và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình.

CÁCH THỨC TRUY CẬP SHIP và CÁC TÀI NGUYÊN HỖ TRỢ KHÁC:

- Truy cập <https://www.shiphelp.org> (Nhấp vào SHIP LOCATOR ở giữa trang)
- Chọn **TIỂU BANG** của quý vị từ danh sách. Việc này sẽ đưa quý vị đến một trang có số điện thoại và tài nguyên cụ thể cho tiểu bang của quý vị.

Cách Thức	Hawaii SHIP - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-888-875-9229 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu: đường dây trợ giúp đã ghi âm sẵn (các cuộc gọi sẽ được trả lời trong vòng 5 ngày làm việc trở xuống).
TTY	1866-8104379 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
VIẾT THU	Executive Office on Aging No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
TRANG MẠNG	www.hawaiiiship.org

MỤC 4 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng

Có một Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được chỉ định để phục vụ cho người thụ hưởng Medicare tại mỗi tiểu bang. Tại Hawaii, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta.

Livanta có một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta là một tổ chức độc lập. Nó không có kết nối gì với chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên lạc với Livanta trong những tình huống này:

- Quý vị có than phiền về chất lượng chăm sóc mà quý vị đã nhận được.
- Quý vị cho rằng khoản đãi thọ cho thời gian nằm viện của quý vị bị chấm dứt quá sớm.
- Quý vị nghĩ sự đãi thọ cho việc chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hay các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) của quý vị bị kết thúc quá sớm.

Cách Thức	Livanta (Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng của Hawaii) – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-877-588-1123 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Cuối tuần và ngày lễ, 11 giờ sáng đến 3 giờ chiều
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
VIẾT cho	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG MẠNG	www.livantaqio.com

MỤC 5 Sở An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội chịu trách nhiệm xác định tình trạng hội đủ điều kiện hợp lệ và xử lý việc ghi danh vào 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 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.

Phòng An Sinh Xã Hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả số tiền phụ trội cho việc đài thọ thuốc Phần D của họ vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An Sinh Xã Hội thông báo cho quý vị biết rằng quý vị phải trả số tiền phụ trội và có thắc mắc về số tiền đó, hoặc nếu thu nhập của quý vị đi xuống vì một biến cố làm thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để xin tái xét.

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.

Cách Thức	Sở An Sinh Xã Hội – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Hoạt động từ 8 giờ sáng tới 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể dùng các dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nhận thông tin được thu âm và tiến hành một số công việc 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Hoạt động từ 8 giờ sáng tới 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG MẠNG	www.ssa.gov

MỤC 6 Medicaid

(Medicaid là một chương trình kết hợp của chính quyền liên bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ các phí tổn y tế cho một số người nhất định bị hạn chế về thu nhập và các nguồn hỗ trợ.

Ngoài ra, có các chương trình được cung cấp qua Medicaid, giúp người có Medicare chi trả cho các chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare của họ. Những “Chương Trình Tiết Kiệm Medicare” này giúp người bị hạn chế về thu nhập và nguồn hỗ trợ tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và phần chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và tiền đồng trả). Một số người có QMB cũng đủ điều kiện hợp lệ cho toàn bộ quyền lợi của Medicaid (QMB+).
- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B. Một số người có SLMB cũng đủ điều kiện hợp lệ cho toàn bộ quyền lợi của Medicaid (SLMB+).

Nếu quý vị có thắc mắc về hỗ trợ quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên lạc với Bộ Phận Med-QUEST của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tiểu Bang Hawaii.

Cách Thức	Bộ Phận Med QUEST của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (Chương Trình Medicaid của Hawaii) – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-808-524-3370 hoặc 1-8003168005 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 4:30 chiều
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư cho một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://medquest.hawaii.gov/en/contact-us.html
TRANG MẠNG	www.medquest.hawaii.gov

Văn Phòng Thanh Tra Viên của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hawaii giúp đỡ những người đăng ký Medicaid với các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với chương trình của chúng tôi.

Cách Thức	Văn Phòng Thanh Tra Viên của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hawaii – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-888-488-7988 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 4:30 chiều (trừ ngày lễ của tiểu bang Hawaii)
TTY	711
VIẾT THƯ	Koan Risk Solutions 1580 Makaloa St. #550 Honolulu, HI 96814
TRANG MẠNG	www.himedicaidombudsman.com/
EMAIL	hiombudsman@koanrisksolutions.com

Chương Trình Thanh Tra Viên Chăm Sóc Dài Hạn của Tiểu Bang Hawaii giúp mọi người có được thông tin về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão với cư dân hoặc gia đình họ.

Cách Thức	Chương Trình Thanh Tra Viên Chăm Sóc Dài Hạn Hawaii – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-888-229-2231 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 4:30 chiều
VIẾT THƯ	Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813
TRANG MẠNG	www.hi-ltc-ombudsman.org
EMAIL	info@hi-ltc-ombudsman.org

MỤC 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả cho thuốc theo toa

Trang web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-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 họ, được mô tả dưới đây.

Chương Trình “Trợ Giúp Thêm” của Medicare

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

Nếu quý vị có thắc mắc về “Trợ Giúp Thêm”, hãy gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin hãy gọi 1-877-486-2048, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần;
- Văn phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng tới 7 giờ tối, Thứ Hai tới Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn phòng Medicaid của tiểu bang quý vị (xem Mục 6 ở chương này để biết thông tin liên lạc).

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 hỗ trợ lấy bằng chứng về mức tiền đồng trả phù hợp của quý vị, 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 thường là một lá thư từ văn phòng Medicaid hoặc An sinh xã hội của tiểu bang xác nhận quý vị đủ điều kiện nhận "Trợ giúp thêm". Bằng chứng cũng có thể là tài liệu do tiểu bang cấp có thông tin đủ điều kiện của quý vị liên quan đến Dịch vụ tại nhà 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 đài thọ 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.
- Đem tới một nhà thuốc trong mạng lưới.

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 có thể trả 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 hoàn lại tiền cho quý vị. Hoặc chúng tôi sẽ chuyển tới quý vị một tấm chi phiếu cho số tiền quý vị trả dư hay chúng tôi sẽ bù lại 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.

Hầu hết các thành viên của chúng tôi đủ điều kiện và đang nhận được "Trợ Giúp Thêm" từ Medicare để thanh toán các chi phí chương trình thuốc theo toa của họ.

Nếu quý vị có Trợ Giúp Thêm và bảo hiểm từ một Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) thì sao?**Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP) là gì?**

Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP) giúp người sống với Vi-Rút Gây Suy Giảm Miễn Dịch ở Người (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (Acquired Immune Deficiency Syndrom, AIDS) đủ điều kiện hợp lệ tham gia chương trình ADAP được sử dụng các loại thuốc HIV để cứu mạng sống. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D cũng có ở danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa qua Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh HIV (HIV Drug Assistance Program, HDAP). **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 quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ. Để biết thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, các loại thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, hãy gọi Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh HIV (HDAP) theo số **1-808-733-9360**.

Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Của Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare là lựa chọn thanh toán mới áp dụng cho bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị, đồng thời, lựa chọn này có thể giúp quý vị quản lý chi phí thuốc của mình bằng cách chia đều chi phí thành **các khoản thanh toán hàng tháng linh hoạt trong suốt cả năm** (Tháng 1 – Tháng 12). **Lựa chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hay giảm chi phí thuốc của quý vị.** “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP của quý vị, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc chỉ tham gia vào Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare. Tất cả hội viên đều đủ điều kiện tham gia lựa chọn thanh toán này, bất kể mức thu nhập, và tất cả các chương trình thuốc Medicare và chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc đều phải cung cấp lựa chọn thanh toán này. Hãy liên lạc với chúng tôi hoặc truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tìm hiểu xem lựa chọn thanh toán này có phù hợp với quý vị hay không.

Cách Thức	Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Của Medicare – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-805-2739 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 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 được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
TRANG MẠNG	kp.org

MỤC 8 Cách liên lạc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa

Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa là một cơ quan liên bang độc lập điều hành các chương trình quyền lợi toàn diện cho các nhân viên ngành hỏa xa toàn quốc và gia đình họ. Nếu quý vị nhận được Medicare thông qua Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa, điều quan trọng là quý vị cho họ biết nếu quý vị chuyển đi hay đổi địa chỉ gửi thư của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi của quý vị từ Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa, vui lòng liên lạc với cơ quan.

Cách Thức	Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Nếu quý vị nhấn “0”, quý vị có thể nói chuyện với đại diện của RRB từ 9:00 sáng đến 3:30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa 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 một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.

Cách Thức	Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa – Thông Tin Liên Lạc
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi tới số này <i>không</i> được miễn cước.
TRANG MẠNG	rb.gov/

Chương 3: Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế của quý vị

MỤC 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình của chúng tôi để việc chăm sóc y tế của quý vị được đài thọ. Chương này cho quý vị biết các định nghĩa về các từ ngữ và giải thích các quy tắc mà quý vị sẽ cần tuân theo để được điều trị, tiếp nhận các dịch vụ y tế, thiết bị, thuốc theo toa và việc chăm sóc y tế khác được chương trình chúng tôi đài thọ.

Để biết thêm chi tiết về việc chăm sóc y tế nào được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi và quý vị trả bao nhiêu khi nhận chăm sóc này, dùng bảng quyền lợi trong chương kế tiếp, Chương 4 (*Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và những gì quý vị phải trả)*).

Mục 1.1 Các nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được đài thọ là gì?

- **Các nhà cung cấp** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được tiểu bang cấp giấy phép để cung cấp các dịch vụ và việc chăm sóc y tế. Thuật ngữ các nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện, và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán đầy đủ là khoản gồm phần chi trả của chúng tôi và phần chia sẻ chi phí của quý vị. Chúng tôi đã sắp xếp cho các nhà cung cấp này để phân phối các dịch vụ được đài thọ tới các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tính tiền trực tiếp với chúng tôi cho việc chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi đến khám nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ.
- **Các dịch vụ được đài thọ** bao gồm tất cả việc chăm sóc y tế, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật liệu, thiết bị và thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi đài thọ. Các dịch vụ được đài thọ cho chăm sóc y tế của quý vị được liệt kê trong bảng quyền lợi ở Chương 4. Các dịch vụ được đài thọ cho thuốc theo toa của quý vị được thảo luận ở Chương 5.

Mục 1.2 Các quy tắc cơ bản để nhận chăm sóc y tế của quý vị được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi

Là một chương trình sức khỏe Medicare, chương trình của chúng tôi phải chi trả tất cả các dịch vụ được Original Medicare đài thọ.

Thông thường, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc chăm sóc y tế của quý vị chừng nào mà:

- **Chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở chương trình của chúng tôi** (bảng này ở Chương 4 của tài liệu này).

- **Chăm sóc quý vị nhận được coi là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ, vật liệu, thiết bị hay các loại thuốc cần để phòng bệnh, chẩn đoán hay điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận.
- **Quý vị có một nhà cung cấp chăm sóc chính trong mạng lưới (một PCP) là người cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị.** Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Mục 2.1 trong chương này).
 - Trong hầu hết mọi hoàn cảnh, PCP thuộc mạng lưới của quý vị phải giới thiệu quý vị từ trước, trước khi quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp khác thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi, như các bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, các cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Điều này được gọi là giới thiệu quý vị. Để biết thêm thông tin về điều này, xem Mục 2.3 của chương này.
 - Sự giới thiệu từ PCP của quý vị không bị bắt buộc trong trường hợp chăm sóc cấp cứu hay các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Cũng có một số hình thức chăm sóc khác mà quý vị có thể có được mà không cần được chấp thuận trước từ PCP của quý vị (để biết thêm thông tin về điều này, xem Mục 2.2 của chương này).
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về điều này, xem Mục 2 trong chương này). Trong hầu hết mọi trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (một nhà cung cấp không trong mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được đài thọ. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp các dịch vụ. *Dưới đây là 4 trường hợp ngoại lệ:*
 - Chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về điều này và để biết định nghĩa về dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần gấp, hãy xem Mục 3 trong chương này.
 - Nếu quý vị cần chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không có chuyên gia nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới với cùng mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường trả trong mạng lưới nếu chúng tôi hoặc Medical Group của chúng tôi cho phép dùng các dịch vụ đó trước khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ đài thọ cho những dịch vụ chăm sóc này tương tự như khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để có thông tin về việc được chấp thuận thăm khám với một bác sĩ ngoài mạng lưới, xem Mục 2.4 trong chương này.
 - Chúng tôi đài thọ các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ ở chương trình của chúng tôi hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không sẵn có hoặc không thể tiếp cận được. Phần chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả cho chương trình của chúng tôi cho việc thẩm tách sẽ không bao giờ vượt quá phần chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở

ngoài khu vực phục vụ của chương trình của chúng tôi đồng thời sử dụng dịch vụ thăm tách từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi 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 thăm tách, khiến quý vị phải chọn các dịch vụ trong khu vực phục vụ từ một nhà cung cấp ở ngoài mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi thì phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ thăm tách đó có thể có mức phí cao hơn.

- Nếu quý vị nhận được chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới ở các khu vực Kaiser Permanente khác được mô tả trong Mục 2.4 của chương này.

MỤC 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận chăm sóc y tế của quý vị

Mục 2.1 Quý vị phải chọn một Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị

PCP là gì và PCP này làm gì cho quý vị?

Với vai trò là một hội viên, quý vị phải chọn một trong các nhà cung cấp trong mạng lưới có sẵn để làm nhà cung cấp chăm sóc chính của 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 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 Thuốc và Nhà Cung Cấp*.

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 vài loại dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể tự tiếp cận mà không cần liên lạc với PCP của mình trước (xem Mục 2.2 trong chương này).

PCP của quý vị cũng sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị. “Điều phối” việc 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 (sự chấp thuận trước) (xem Mục 2.3 trong chương này để biết thêm thông tin).

Làm sao để quý vị chọn hay đổi PCP của quý vị?

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì và bất kỳ lúc nào trong số các PCP hiện có của chúng tôi, kể cả khi quý vị cần chọn một PCP mới vì PCP của quý vị không còn thuộc mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi nữa. Các lựa chọn PCP của quý vị sẽ có hiệu lực ngay lập tức.

Để chọn hoặc thay đổi PCP của quý vị, vui lòng truy cập kp.org hoặc gọi tới Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

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.

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

Mục 2.2 Quý vị có thể nhận các loại dịch vụ chăm sóc y tế nào mà không cần có giấy giới thiệu từ PCP của mình không?

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần có sự chấp thuận trước từ PCP của quý vị:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ, bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú kiểm tra sàng lọc (chụp quang tuyến vú), kiểm tra ung thư cổ tử cung, và khám vùng xương chậu, miễn là quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Chủng ngừa cúm (hoặc vắc-xin), chủng ngừa COVID-19 và chủng ngừa bệnh viêm phổi, miễn là quý vị sử dụng những dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ cần gấp được chương trình đài thọ, là các dịch vụ cần được chăm sóc y tế tức thời, không phải là trường hợp cấp cứu, miễn là quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình của chúng tôi hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình của chúng tôi có ký hợp đồng là không hợp lý dựa trên thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần gấp là bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc tình trạng bệnh hiện tại bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ hàng năm, không được coi là cần gấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.

- Các dịch vụ thăm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thăm tách được Medicare chúng nhận khi quý vị tạm thời ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi. Nếu có thể, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực phục vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị dịch vụ thăm tách duy trì trong khi quý vị vắng nhà.
- Nếu đến thăm đảo Hawaii (Đảo Lớn), quý vị nên đến chăm sóc tại các cơ sở y tế của Kaiser Permanente.

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

Một bác sĩ chuyên khoa là một bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một căn bệnh đặc biệt hay cho một phần cơ thể. Có nhiều dạng bác sĩ chuyên khoa. Sau đây là một vài ví dụ:

- 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 bệnh tim.
- Bác sĩ chỉnh hình xương chăm sóc cho bệnh nhân mắc một số bệnh về xương, khớp xương 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 trong Mục 2.2 của chương này.

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 liên tục điều trị tại chuyên gia. Chúng tôi sẽ 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 sau đó phải quay lại khám PCP của mình trừ khi chúng tôi cho phép nhiều lần khám hơn. Không quay lại khám bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới sau lần khám tư vấn ban đầu 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.

Chấp thuận 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 Nhóm Y Khoa 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, 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 kèm chú thích cuối trang (†).
- 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 lạc với nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị.
- Sau khi chúng tôi được thông báo rằng quý vị cần được chăm sóc sau 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 3.1 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.
- Chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế được mô tả trong Phần 6 của chương này.
- Nếu nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị làm giấy giới thiệu bằng văn bản hoặc dạng điện xin cấy/ghép, ủy ban hay hội đồng tư vấn cấy/ghép trong khu vực của Nhóm Y Khoa (nếu có) sẽ cho phép các dịch vụ này nếu ủy ban hay hội đồng xác định rằng những dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế hay được đài thọ theo các hướng dẫn của Medicare. Trong trường hợp không có ủy ban hay hội đồng tư vấn cấy/ghép, Nhóm Y Khoa sẽ giới thiệu quý vị tới (các) bác sĩ tại một trung tâm cấy/ghép và Nhóm Y Khoa 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 hướng dẫn của Medicare.

Nếu một bác sĩ chuyên khoa hay một nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi thì sao?

Chúng tôi có thể thay đổi bệnh viện, bác sĩ và các bác sĩ chuyên khoa (các nhà cung cấp) thuộc chương trình của quý vị trong năm. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa rời khỏi chương trình của quý vị, quý vị có một số quyền và bảo vệ nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Cho dù mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong cả năm nhưng Medicare yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận không bị gián đoạn tới các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ trình độ.
- 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.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị trong việc lựa chọn một nhà cung cấp mới đủ tiêu chuẩn trong mạng lưới mà quý vị có thể tiếp cận để được chăm sóc liên tục.
- 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 sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng 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.
- Chúng tôi sẽ thu xếp bất kỳ quyền lợi được đài thọ cần thiết về mặt y tế bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi một quyền lợi hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Cần có sự cho phép trước. Nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị sẽ cần phải nhận được sự chấp thuận trước từ chương trình của chúng tôi hoặc Nhóm Y Khoa.
- Nếu quý vị biết rằng bác sĩ của quý vị hay bác sĩ chuyên khoa sắp rời khỏi chương trình của quý vị, xin liên lạc với chúng tôi để chúng tôi có thể trợ giúp quý vị tìm một nhà cung cấp mới để quản lý việc chăm sóc cho quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp đủ điều kiện để thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý thích hợp, quý vị có quyền gửi đơn than phiền về chất lượng chăm sóc tới QIO, phàn nàn về chất lượng chăm sóc đối với chương trình của chúng tôi hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

Mục 2.4 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới

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 về điều này và để biết định nghĩa về dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần gấp, hãy xem Mục 3 trong chương này.
- Chúng tôi hoặc Nhóm Y Khoa cho phép giới thiệu đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới được mô tả trong Mục 2.3 của chương này.
- Các dịch vụ thăm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thăm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị khám tại khu vực phục vụ thuộc vùng khác của Kaiser Permanente, quý vị có thể nhận một số dịch vụ chăm sóc được đài thọ theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này 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.

MỤC 3 Cách nhận các dịch vụ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc cần gấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa

Mục 3.1 Nhận dịch vụ chăm sóc nếu quý vị phải cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là gì và quý vị nên làm gì nếu quý vị gặp một trường hợp như thế?

Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người dân cần trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, cho rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần sự chăm sóc y tế tức thời để tránh mất mạng (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, sảy thai), mất một chi hoặc chức năng của một chi, hoặc mất hoặc suy yếu 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.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Xin được giúp đỡ càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 để được giúp hay tới phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị không cần được PCP của quý vị chấp thuận hay giới thiệu trước. Quý vị không cần sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. 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 Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- **Ngay khi nào có thể được, nhớ cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần 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. Số điện thoại để gọi được liệt kê ở trên mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

Mục gì sẽ được đài thọ nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế?

Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp mà để tới phòng cấp cứu bằng bất cứ cách nào khác cũng có thể làm nguy hiểm tới sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng 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.

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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc theo dõi sau ổn định theo các quy định quy tắc của Medicare. Điều quan trọng là nhà cung cấp của quý vị gọi chúng tôi để được chấp thuận cho việc chăm sóc sau khi ổn định trước khi quý vị được chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị sẽ chỉ phải chịu trách nhiệm 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.

Nếu dịch vụ chăm sóc cấp cứu được các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp quản việc chăm sóc của quý vị ngay khi tình trạng y tế và các hoàn cảnh của quý vị cho phép.

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

Đôi khi, khó có thể biết đó có phải là một trường hợp cấp cứu y tế hay không. Ví dụ: quý vị có thể vào để được chăm sóc cấp cứu – nghĩ rằng sức khỏe của quý vị đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng – và bác sĩ có thể kết luận rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế. Nếu cuối cùng đó không phải là một trường hợp cấp cứu, miễn là quý vị đã rất hợp lý khi nghĩ rằng sức khỏe của quý vị đã bị lâm vào tình trạng thật nguy hiểm, chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ đã nói rằng đó *không phải* là một trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc chăm sóc bổ sung *chỉ khi* quý vị được chăm sóc bổ sung bằng một trong hai hình thức sau đây:

- Quý vị tới một bác sĩ trong mạng lưới để được chăm sóc bổ sung.
- – hoặc – Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là dịch vụ cần gấp và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này (để biết thêm thông tin về điều này, xem Mục 3.2 bên dưới).

Mục 3.2 Nhận dịch vụ chăm sóc khi quý vị có nhu cầu khẩn cấp dùng dịch vụ

Các dịch vụ cần gấp là gì?

Một dịch vụ được chương trình đài thọ yêu cầu sự chăm sóc y tế tức thời mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần gấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ trong chương trình của chúng tôi hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình của chúng tôi có ký hợp đồng là không hợp lý dựa trên thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần gấp là bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc tình trạng bệnh hiện tại bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ hàng năm, không được coi là cần gấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.

Chúng tôi biết rằng đôi khi khó biết quý vị cần loại 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 môi 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 Thuốc và Nhà Cung Cấp* để được đặt lịch hẹn và lấy số điện thoại tư vấn.

Chương trình của chúng tôi không bao gồm các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ cần gấp hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào khác bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Mục 3.3 Nhận dịch vụ chăm sóc khi có thảm họa

Nếu thống đốc tiểu bang quý vị, 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 cấp cứu trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền nhận dịch vụ chăm sóc từ chúng tôi.

Vui lòng truy cập trang mạng sau: kp.org để biết thông tin về cách nhận được chăm sóc cần thiết trong thời gian xảy ra thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới trong suốt giai đoạn thảm họa, chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới theo 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, quý vị có thể mua thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xin xem Chương 5, Mục 2.5, để biết thêm thông tin.

MỤC 4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị được thanh toán trực tiếp cho toàn bộ chi phí dịch vụ của mình?

Mục 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được đài thọ

Nếu quý vị đã trả hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị trong chương trình cho các dịch vụ được đài thọ, hoặc nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy đi tới Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế và các loại thuốc được đài thọ*) để biết thêm thông tin về điều cần làm.

Mục 4.2 Quý vị nên làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ?

Chúng tôi đài thọ tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được nêu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ hoặc các dịch vụ nhận được từ ngoài mạng lưới và đã không được chúng tôi cho phép, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ.

Đối với các dịch vụ được đài thọ có giới hạn quyền lợi, quý vị cũng phải trả toàn bộ chi phí cho bất cứ dịch vụ nào quý vị nhận được sau khi quý vị đã sử dụng hết quyền lợi của mình cho loại dịch vụ được đài thọ đó. Bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị thanh toán sau khi đã sử dụng hết quyền lợi sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa.

Lưu ý: Nếu một dịch vụ không được chương trình của chúng tôi chi trả, thì dịch vụ đó có thể được Medicaid chi trả. Hãy liên lạc với cơ quan Medicaid tiểu bang của quý vị để biết thông tin về việc dịch vụ đó có được Medicaid đài thọ hay không và cách nhận các dịch vụ đó.

MỤC 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được đài thọ ra sao khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng?

Mục 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì?

Nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là một cách mà các bác sĩ và các nhà khoa học thử nghiệm các hình thức chăm sóc y tế mới, như một loại thuốc trị ung thư mới hiệu quả ra sao. Một số nghiên cứu lâm sàng nhất định được Medicare chấp thuận. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu người tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Sau khi Medicare chấp thuận nghiên cứu này, và quý vị cho biết mình muốn tham gia, người nào đó làm việc trong nghiên cứu sẽ liên lạc với quý vị để giải thích thêm về nghiên cứu và xem quý vị có đáp ứng các yêu cầu được ấn định bởi các nhà khoa học đang tiến hành nghiên cứu này hay không. Quý vị có thể tham gia trong nghiên cứu chừng nào quý vị còn đáp ứng được các yêu cầu cho nghiên cứu và quý vị hiểu toàn bộ và chấp nhận điều có liên quan nếu quý vị tham gia trong nghiên cứu này.

Nếu quý vị tham gia trong một cuộc nghiên cứu được Medicare chấp thuận, chương trình Original Medicare sẽ chi trả cho hầu hết các chi phí của các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được trong cuộc nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, khi đó quý vị chỉ phải chịu trách nhiệm cho phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới đối với các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị đã trả nhiều hơn, ví dụ: nếu quý vị đã thanh toán phần chia sẻ chi phí Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết số tiền quý vị đã trả. Khi quý vị đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị vẫn có thể ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận phần chăm sóc còn lại của quý vị (việc chăm sóc không liên quan tới cuộc nghiên cứu này) qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận nào, quý vị không cần cho chúng tôi biết hoặc có sự chấp thuận từ chúng tôi hay từ PCP của quý vị. Các nhà cung cấp điều phối việc chăm sóc của quý vị như một phần trong nghiên cứu lâm sàng *không* cần phải ở trong mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình chúng tôi. 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 yêu cầu có bằng chứng (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) và các nghiên cứu có Thiết bị được cấp phép cho nghiên cứu (investigational device exemption, IDE) và có thể phải được cho phép trước và tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Mặc dù quý vị không cần phải có được sự cho phép của chương trình chúng tôi để tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, được đài thọ bởi Original Medicare cho những người ghi danh tham gia Medicare Advantage, chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo cho chúng tôi trước khi quý vị quyết định tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng được Medicare chấp thuận.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu mà Medicare *chưa* chấp thuận, *quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia nghiên cứu của mình.*

Mục 5.2 Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, ai sẽ trả tiền cho hạng mục nào?

Sau khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, Original Medicare đài thọ cho các vật dụng và dịch vụ chăm sóc định kỳ mà quý vị nhận được khi tham gia vào cuộc 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 cuộc phẫu thuật hay thủ thuật y tế khác nếu thuộc một phần của cuộc nghiên cứu này.
- Việc điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của việc chăm sóc mới.

Sau khi Medicare chi trả phần chia sẻ chi phí của họ cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ trả phần còn lại. Giống như tất cả các dịch vụ được đài thọ, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được trong nghiên cứu lâm sàng.

Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng, **Medicare và chương trình của chúng tôi sẽ không trả cho bất cứ hạng mục nào sau đây:**

- Thông thường, Medicare sẽ *không* chi trả cho vật dụng hay dịch vụ mới mà nghiên cứu đang làm thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ chi trả cho vật dụng hay dịch vụ đó ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Các vật dụng hay dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu và *không* được dùng trong việc chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho quý vị. Ví dụ: Medicare sẽ không chi trả cho các dịch vụ chụp cắt lớp điện toán (Computed Tomography, CT) hàng tháng được thực hiện như một phần trong cuộc nghiên cứu nếu bệnh trạng của quý vị thường sẽ yêu cầu chỉ được chụp CT một lần.
- Các vật dụng và dịch vụ thường được các nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho bất kỳ người ghi danh nào tham gia thử nghiệm.

Quý vị có muốn biết thêm không?

Quý vị có thể lấy thêm thông tin về việc tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng bằng cách truy cập trang mạng Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm Medicare and Clinical Research Studies. (Ấn phẩm có sẵn tại www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.

MỤC 6 Các quy tắc để được chăm sóc trong một viện chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

Mục 6.1 Viện chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là gì?

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho một bệnh trạng thường sẽ được điều trị tại một bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu được chăm sóc trong một bệnh viện hay một cơ sở điều dưỡng chuyên môn là chống lại tín ngưỡng của một hội viên, thay vào đó, chúng tôi sẽ đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc tại một viện chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ nội trú Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Mục 6.2 Nhận Dịch Vụ Chăm Sóc từ một Viện Chăm Sóc Sức Khỏe Phi Y Tế Tôn Giáo

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ một viện chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo, quý vị phải ký một văn bản pháp lý cho biết quý vị hoàn toàn phản đối việc điều trị y tế **không ngoại lệ**.

- Chăm sóc hay điều trị y tế **không ngoại lệ** là bất cứ dịch vụ chăm sóc hay điều trị y tế nào mang tính tự nguyện và không bị bắt buộc bởi luật liên bang, tiểu bang hay địa phương.
- Điều trị y tế **ngoại lệ** là dịch vụ chăm sóc hay điều trị y tế mà quý vị nhận được không mang tính tự nguyện hay bị bắt buộc bởi luật liên bang, tiểu bang hay địa phương.

Để được chương trình của chúng tôi đòi hỏi, 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 sẽ chỉ bao gồm các dịch vụ chăm sóc *phi tôn giáo*.
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ từ viện này, được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở, các điều kiện sau đây được áp dụng:
 - Quý vị phải có một bệnh trạng sẽ cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú hay tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
 - – và – Quý vị phải nhận được sự chấp thuận trước từ chương trình chúng tôi trước khi quý vị được nhận vào cơ sở nếu không việc lưu trú của quý vị sẽ không được đòi hỏi.

Lưu ý: Các dịch vụ được đòi hỏi phải tuân theo yêu cầu về các giới hạn và phân 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 Chương 12.

MỤC 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y khoa lâu bền

Mục 7.1 Liệu quý vị có sẽ được làm thiết bị y khoa lâu bền sau khi trả một số tiền theo chương trình của chúng tôi không?

Thiết bị y khoa lâu bền (DME) bao gồm các vật dụng chẳng hạn như thiết bị và nguồn cung cấp ô-xy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm trợ lực, nạng chống, vật tư cho bệnh nhân tiểu đường, thiết bị phát ra giọng nói, dụng cụ bơm truyền qua tĩnh mạch, máy xông khí dung và giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật dụng nhất định, chẳng hạn như chân tay giả. Trong mục này, chúng tôi thảo luận về các loại DME khác mà quý vị phải 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. Tuy nhiên, với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ không có quyền sở hữu các vật dụng Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME) đã thuê cho dù quý vị thanh toán bao nhiêu lần khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi, ngay cả khi quý vị đã thực hiện tới 12 lần thanh toán liên tiếp cho vật dụng DME theo Original Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Chuyện gì xảy ra với các khoản thanh toán mà quý vị đã trả cho thiết bị y khoa lâu bền nếu quý vị đổi sang Original Medicare?

Nếu quý vị không có quyền sở hữu vật dụng DME khi đang tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới sau khi chuyển sang Original Medicare để sở hữu vật dụng đó. Các khoản thanh toán được trả khi ghi danh tham gia chương trình của quý vị không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho vật dụng trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Những khoản thanh toán quý vị đã trả trong Original Medicare không được tính. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán cho chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu vật dụng.

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

Mục 7.2 Quy tắc đối với thiết bị, vật tư ô-xy và bảo dưỡng

Quý vị được hưởng những quyền lợi về ô-xy nào?

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận đài thọ cho thiết bị ô-xy của Medicare, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả:

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

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi hoặc không còn cần thiết bị ô-xy cho điều trị y tế nữa, quý vị phải trả lại thiết bị ô-xy đó.

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

Original Medicare yêu cầu một nhà cung ứng ô-xy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong 5 năm. Trong 36 tháng đầu tiên, quý vị thuê thiết bị. 24 tháng còn lại, nhà cung ứng cung cấp thiết bị và dịch vụ bảo dưỡng (quý vị vẫn chịu trách nhiệm đồng trả cho ô-xy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn sử dụng tiếp công ty cũ hoặc chuyển sang công ty khác. Tại thời điểm này, chu kỳ 5 năm lại bắt đầu, ngay cả khi quý vị vẫn chọn dùng công ty cũ, quý vị cần phải trả các khoản tiền đồng trả cho 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi chương trình của chúng tôi, chu kỳ 5 năm sẽ bắt đầu lại.

Chương 4: Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

MỤC 1 Hiểu các chi phí tự trả của quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ

Chương này cung cấp một Bảng Quyền Lợi Y Tế liệt kê các dịch vụ được đài thọ của quý vị và thể hiện quý vị sẽ trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ được đài thọ với vai trò là hội viên trong chương trình chúng tôi. Trong phần sau của chương này, quý vị có thể tìm được các thông tin về các dịch vụ y tế không được đài thọ. Chương này cũng giải thích các giới hạn cho một số các dịch vụ. Ngoài ra, xin xem các Chương 3, Chương 11 và Chương 12 để biết thêm thông tin đài thọ, kể cả các giới hạn (ví dụ: việc điều phối quyền lợi, thiết bị y khoa lâu bền, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và trách nhiệm của bên thứ ba).

Mục 1.1 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể trả cho các dịch vụ được đài thọ của mình

Để hiểu những thông tin thanh toán mà chúng tôi cung cấp cho quý vị trong chương này, quý vị cần biết về các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị.

- **Tiền đồng trả** là một số tiền cố định mà quý vị trả cho mỗi lần quý vị nhận một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả một số tiền đồng trả vào thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế trừ khi chúng tôi không thu tất cả khoản chia sẻ chi phí vào thời điểm đó và gửi cho quý vị hóa đơn tính tiền sau này. (Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Mục 2 cho quý vị biết thêm về các khoản tiền đồng trả của quý vị.)
- **Tiền đồng bảo hiểm** là số phần trăm quý vị trả cho tổng chi phí của một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả một số tiền đồng bảo hiểm vào thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế trừ phi chúng tôi không thu tất cả khoản chia sẻ chi phí vào thời điểm đó và gửi cho quý vị hóa đơn tính tiền sau. (Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Mục 2 cho quý vị biết thêm về các khoản tiền đồng bảo hiểm của quý vị.)

Mục 1.2 Quý vị sẽ trả nhiều nhất là bao nhiêu cho các dịch vụ y tế được đài thọ của Medicare Phần A và Phần B?

Lưu ý: Do các thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid, nên có rất ít thành viên đạt đến mức chi phí tiền túi tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tiền túi nào đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.

Bởi vì quý vị đã ghi danh tham gia Chương trình Medicare Advantage, có giới hạn về số tiền quý vị phải tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế trong mạng lưới được đài thọ theo Medicare Phần A và Phần B. Giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (maximum out-of-pocket (MOOP)) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm lịch 2025, số tiền này là **\$9,350**.

Số tiền quý vị trả cho các khoản tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được đài thọ trong mạng lưới được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Số tiền quý vị trả cho các loại thuốc theo toa Phần D của quý vị không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, những khoản tiền mà quý vị trả cho một số dịch vụ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu hoa thị (*) trong Bảng Quyền Lợi Y Tế. Nếu quý vị đạt đến số tiền tự trả tối đa là **\$9,350**, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tiền túi nào trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục trả cho phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị (trừ phi phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicaid hay một đối tác thứ ba khác trả).

Mục 1.3 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn phụ thu cho quý vị

Với vai trò một hội viên của chương trình chúng tôi, một sự bảo vệ quan trọng cho quý vị là quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ. Nhà cung cấp không được cộng thêm các chi phí riêng khác, được gọi là **lập hóa đơn phụ thu**. Biện pháp bảo vệ này được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn phí dịch vụ của nhà cung cấp và ngay cả khi có tranh chấp và chúng tôi không trả một số khoản phí nhất định cho nhà cung cấp.

Sau đây là cách thức hoạt động của sự bảo vệ này.

- Nếu phần chia sẻ chi phí của quý vị là tiền đồng trả (một số tiền ấn định, ví dụ \$15), thì quý vị chỉ trả số tiền đó cho bất cứ các dịch vụ nào được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu phần chia sẻ chi phí của quý vị là tiền đồng bảo hiểm (một phần trăm trong tổng chi phí), thì quý vị không bao giờ trả hơn số phần trăm đó. Tuy nhiên, chi phí của quý vị tùy thuộc vào thể loại nhà cung cấp nào mà quý vị gặp:
 - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị trả số phần trăm của tiền đồng bảo hiểm nhân với tỷ giá bồi hoàn của chương trình chúng tôi (như được xác định trong hợp đồng giữa nhà cung cấp và chương trình của chúng tôi).
 - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới có tham gia Medicare, quý vị trả số phần trăm của tiền đồng bảo hiểm nhân với tỷ giá chi trả của Medicare cho các nhà cung cấp tham gia chương trình. (Hãy nhớ rằng, chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới chỉ trong một số trường hợp nhất định, như khi quý vị nhận được giấy giới thiệu hoặc cho các trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cần gấp.)
 - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới không tham gia với bảo hiểm Medicare, quý vị trả số phần trăm của tiền đồng bảo hiểm nhân với tỷ giá chi trả của Medicare cho các nhà cung cấp không tham gia chương trình. (Hãy nhớ rằng, chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới chỉ trong một số trường hợp nhất định, như khi quý vị nhận được giấy giới thiệu hoặc cho các trường hợp cấp cứu hoặc ở ngoài khu vực phục vụ cho các dịch vụ cần gấp.)

- Nếu quý vị cho rằng một nhà cung cấp đã lập hóa đơn phụ thu cho quý vị, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp tính phí cho các dịch vụ được bảo hiểm. 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. Nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.

MỤC 2 Sử dụng Bảng Quyền lợi Y tế này để tìm hiểu xem quý vị được đài thọ những gì và phải trả bao nhiêu

Mục 2.1 Các quyền lợi và chi phí y tế của quý vị khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Bảng Quyền Lợi Y Tế trên những trang sau đây liệt kê các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ và những gì quý vị tự trả cho mỗi dịch vụ. Bảo hiểm thuộc theo toa Phần D nằm trong Chương 5. Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế chỉ được đài thọ khi đáp ứng các yêu cầu đài thọ sau đây:

- Các dịch vụ được Medicare đài thọ của quý vị phải được cung cấp theo các quy định hướng dẫn về đài thọ được Medicare thiết lập.
- Các dịch vụ của quý vị (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 tư hay các loại thuốc cần để phòng bệnh, chẩn đoán hay điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận.
- Đối với thành viên mới ghi danh, chương trình chăm sóc được điều phối MA của quý vị sẽ phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó, chương trình MA mới có thể không yêu cầu cho phép trước đối với bất kỳ quá trình điều trị đang diễn ra nào, ngay cả khi quá trình điều trị đó do nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện.
- Quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà 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 khẩn cấp hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp các dịch vụ.
- Quý vị có một bác sĩ gia đình (một PCP) là người cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết mọi trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước cho quý vị trước khi quý vị có thể gặp các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Điều này được gọi là giới thiệu quý vị.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế được đài thọ *chỉ khi* bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác trong mạng lưới có được sự chấp thuận trước (đôi khi gọi là sự cho phép trước) từ chúng tôi. Các dịch vụ được đài thọ cần được chấp thuận trước

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
54 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế kèm theo chú thích (†). Ngoài ra, hãy tham khảo Chương 3, Mục 2.3 để biết thêm thông tin về việc cho phép trước, bao gồm các dịch vụ khác mà theo đó cần sự cho phép trước nhưng chưa được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.

- Nếu chương trình chăm sóc được điều phối của quý vị chấp thuận yêu cầu cho phép trước cho một quá trình điều trị, thì chấp thuận đó phải có hiệu lực trong thời gian hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm hiện hành, tiền sử bệnh của quý vị và khuyến nghị của nhà cung cấp đang điều trị cho quý vị.

Những điều quan trọng khác cần biết về khoản đài thọ của chúng tôi:

- Quý vị được đài thọ bởi cả Medicare và Medicaid. Medicare đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid chi trả khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ Medicare. Medicaid cũng đài thọ các dịch vụ mà Medicare không đài thọ.
- Như tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, chúng tôi đài thọ mọi thứ mà chương trình Original Medicare đài thọ. (Nếu quý vị muốn biết thêm về việc đài thọ và các chi phí của chương trình Original Medicare, xem trong cuốn cẩm nang *Medicare & You 2025* của quý vị. Xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu một bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.)
- Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng đài thọ dịch vụ đó miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cũng đang được điều trị hay được theo dõi một bệnh trạng hiện có trong buổi thăm khám khi quý vị được khám dịch vụ phòng ngừa, phần chia sẻ chi phí sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được để điều trị bệnh trạng đang mắc.




Quý vị sẽ thấy quả táo này kế bên các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.

- Nếu Medicare thêm vào khoản đài thọ cho bất cứ dịch vụ mới nào trong suốt năm 2025, hoặc Medicare hay chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ này.
- Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete này được thiết kế để điều phối tốt hơn các quyền lợi và dịch vụ chăm sóc của quý vị cho những người có cả Medicare và Medicaid, đồng thời sẽ giúp quý vị với tất cả nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị, bao gồm thuốc men. Để biết bản tóm tắt quyền lợi Medicaid và phần chia sẻ chi phí, hãy tham khảo “Tóm Tắt Quyền Lợi Được Medicaid Đài Thọ” ở cuối Bảng Quyền Lợi Y Tế.
- Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn 6 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả 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 Medicaid để tìm hiểu xem điều gì sẽ xảy ra nếu Medicaid đài thọ cho các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng lại được Medicaid đài thọ. Ngoài ra, phần chia sẻ chi phí cho các loại thuốc Phân D 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.

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc lợi Y tế, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu đài thọ được mô tả ở trên.

Bảng Quyền Lợi Y Tế

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p> Kiểm tra sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng†</p> <p>Một lần siêu âm kiểm tra sàng lọc dành cho người có nguy cơ mắc bệnh. Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ cho lần kiểm tra sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có giấy giới thiệu cho việc siêu âm tìm bệnh từ bác sĩ, trợ tá bác sĩ, chuyên viên y tế hay y tá chuyên khoa lâm sàng của quý vị.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện hợp lệ cho kiểm tra sàng lọc để phòng ngừa này.</p>
<p>Châm cứu chữa đau thắt lưng mãn tính†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <p>Tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau:</p> <p>Theo mục đích của quyền lợi này, chứng 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, trong đó không thể xác định nguyên nhân toàn thân (nghĩa là không liên quan đến di căn, viêm, bệnh truyền nhiễm, v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; • và không liên quan đến mang thai. <p>Thêm tám buổi thăm khám sẽ được đài thọ cho những bệnh nhân có cải thiện tình trạng. Không thể thực hiện hơn 20 lần trị liệu châm cứu hàng năm.</p> <p>Phải dừng điều trị nếu tình trạng bệnh nhân không cải thiện hoặc đang thoái hóa.</p> <p>Yêu cầu đối với nhà cung cấp:</p> <p>Các bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật)) có thể cung cấp</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.




Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
56 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>dịch vụ chăm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.</p> <p>Y sĩ (Physician assistant, PA), chuyên viên điều dưỡng (nurse practitioner, NP)/chuyên viên y tá lâm sàng (clinical nurse specialist, CNS) (như được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo Luật) và nhân viên phụ tá có thể cung cấp dịch vụ chăm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về chăm cứu hoặc Y Học Phương Đông của một trường được Ủy Ban Công Nhận về Chăm Cứu và Y Học Phương Đông (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) công nhận; và • Giấy phép hiện hành, đầy đủ, đang hoạt động và không hạn chế để hành nghề chăm cứu tại một tiểu bang, lãnh thổ hoặc khối thịnh vượng chung (tức Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Quận Columbia. <p>Nhân viên phụ tá cung cấp dịch vụ chăm cứu phải dưới mức giám sát thích hợp của bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS theo yêu cầu của quy định tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.</p>	
<p>Dịch vụ xe cứu thương</p> <p>Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, kể cả là cho tình huống cấp cứu hay †không cấp cứu, bao gồm các dịch vụ máy bay cứu thương khu trục phản lực, máy bay trực thăng cứu thương và các dịch vụ xe cứu thương trên mặt đất tới cơ sở phù hợp gần nhất chỉ có thể cung cấp việc chăm sóc nếu được cung cấp cho một hội viên mắc tình trạng y khoa như vậy, mà các phương tiện chuyên chở khác có thể làm nguy hiểm tới sức khỏe của người này hay nếu được chương trình của chúng tôi chấp thuận. Nếu dịch vụ xe cứu thương được đài thọ không được dùng cho trường hợp khẩn cấp thì phải ghi lại rằng tình trạng của hội viên ở mức độ mà các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.




Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>cho sức khỏe của người đó và rằng việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế.</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>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, hay tiền khấu trừ cho chăm sóc phòng bệnh.</p>
<p> Thăm khám sức khỏe hàng năm†</p> <p>Nếu quý vị có Phần B được hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám sức khỏe hàng năm để lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng bệnh cá nhân căn cứ vào sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của quý vị. Việc khám bệnh hàng năm này được đài thọ một lần cho mỗi 12 tháng.</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 phòng ngừa <i>Chào mừng quý vị đến với Medicare</i>. Tuy nhiên, quý vị không cần phải trả qua thăm khám <i>Chào mừng quý vị đến với Medicare</i> để được đài thọ cho các lần thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho cuộc khám bệnh sức khỏe hàng năm.</p>
<p> Đo khối lượng xương†</p> <p>Đối với những cá nhân đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương), các dịch vụ sau đây được đài thọ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật để xác định khối lượng xương, phát hiện mất xương, hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả việc bác sĩ đọc kết quả.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho việc đo mật độ xương được Medicare đài thọ.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.



Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
58 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư vú (phim chụp quang tuyến vú)†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</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 dò tìm ung thư vú mỗi 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. • Các lần khám vú lâm sàng 24 tháng một lần. 	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho các lần chụp quang tuyến vú kiểm tra sàng lọc tìm ung thư vú được đài thọ.</p>
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng tim†</p> <p>Các chương trình toàn diện cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim bao gồm cả việc tập luyện, giáo dục, và tư vấn được đài thọ cho các hội viên đáp ứng được một số điều kiện nhất định theo chỉ định của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu mà thường nghiêm ngặt hơn hay chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.</p>	<p>\$0</p>
<p> Thăm khám làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch (trị liệu cho bệnh tim mạch)†</p> <p>Chúng tôi đài thọ một lần khám bệnh mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp hạ thấp nguy cơ mắc bệnh tim mạch của quý vị. Trong lần khám bệnh này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng thuốc aspirin (nếu phù hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và cho quý vị lời khuyên để bảo đảm là quý vị ăn uống lành mạnh.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho quyền lợi về phòng ngừa bệnh tim mạch, trị liệu hành vi chuyên sâu.</p>
<p> Kiểm tra bệnh tim mạch†</p> <p>Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hay các bất thường liên kết với một nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch) 5 năm một lần (60 tháng).</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ đối với xét nghiệm bệnh tim mạch được đài thọ 5 năm một lần.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư cổ tử cung và âm đạo†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</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 được đài thọ 24 tháng một lần. • Nếu quý vị có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hay âm đạo hoặc đang ở độ tuổi sinh đẻ và đã có một kiểm tra ung thư cổ tử cung bất thường trong vòng 3 năm qua: Một kiểm tra ung thư cổ tử cung 12 tháng một lần. 	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, hay tiền khấu trừ cho việc khám ngừa ung thư tử cung và khám xương chậu được Medicare đài thọ.</p>
<p>Dịch vụ chỉnh nắn khớp xương†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chúng tôi chỉ xoa nắn cột sống bằng tay để điều chỉnh sự thoát vị. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 bác sĩ nắn xương trong mạng lưới, vui lòng truy cập http://www.ashlink.com/ASH/KaiserHIC và nhấp vào liên kết "Tìm kiếm nhà cung cấp Medicare" dành cho thành viên Medicare. 	<p>\$0</p>
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng†</p> <p>Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thủ thuật nội soi kết 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 dẻo 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 	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, hay tiền khấu trừ cho một lần kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư ruột được Medicare đài thọ.</p> <p>Nếu bác sĩ của quý vị tìm thấy và loại bỏ một bướu thịt hoặc mô khác trong thủ thuật nội soi kết tràng hoặc nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo, khám kiểm tra sàng lọc sẽ</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
60 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>lọc hoặc chụp X-quang đại tràng cản quang trước đó.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 dẻo 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. 3 năm một lần. • Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu đối với những bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. 3 năm một lần. • Chụp X-quang đại tràng cản quang đóng 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. • Thụt bari đóng vai trò là một phương pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo 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. <p>Các kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng bao gồm thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc ngay tiếp theo sau 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>	<p>trở thành khám chẩn đoán và quý vị sẽ trả \$0.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> Các thủ thuật được thực hiện trong quá trình nội soi kết tràng dò tìm ung thư (ví dụ: cắt bỏ các bướu thịt). 	\$0
<p>†Dịch vụ nha khoa*</p> <p>Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (chẳng hạn như làm sạch, khám răng định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare đài thọ. Tuy nhiên, Medicare hiện thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, đặc biệt khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị cụ thể đối với bệnh trạng 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 hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận.</p> <p>Ngoài ra, chúng tôi đài thọ một số dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện nhất định† (gây mê, tư vấn và giảm đau nhẹ) thông qua thỏa thuận của chúng tôi với Dịch Vụ Nha Khoa Hawaii (HDS). HDS cung cấp dịch vụ chăm sóc nha khoa phòng ngừa và toàn diện được liệt kê dưới đây thông qua mạng lưới các nha sĩ ký hợp đồng với HDS để cung cấp các dịch vụ nha khoa.</p> <p>Mức đài thọ dựa trên “số tiền được HDS cho phép”, đó là số tiền mà nha sĩ tham gia đồng ý chấp nhận cho các dịch vụ là các quyền lợi được đài thọ. Quý vị thanh toán phần trăm số tiền được HDS cho phép (được chỉ định bên dưới cho mỗi dịch vụ được đài thọ) khi quý vị nhận được dịch vụ từ nha sĩ thuộc mạng lưới HDS Medicare Advantage. Lưu ý: Nếu quý vị nhận dịch vụ từ nha sĩ không tham gia mạng lưới HDS Medicare Advantage, thì các dịch vụ đó không được chương trình của chúng tôi đài thọ (ngoại trừ trường hợp cấp cứu) và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ trừ khi được quy định khác theo luật tiểu bang hoặc liên bang. Thuế tiêu thụ đặc</p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn’g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
62 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>biệt chung của Hawaii được áp dụng hoặc phát sinh liên quan đến bất kỳ khoản phí nào được tính, cho dù nha sĩ có chuyển cho bệnh nhân hay không đều không được chương trình của chúng tôi đài thọ và quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm.</p> <p>Nếu các dịch vụ cho một thủ thuật được liệt kê được thực hiện bởi nha sĩ thuộc mạng lưới HDS Medicare Advantage, quý vị sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí cụ thể, tuân theo các giới hạn và loại trừ được nêu trong hướng dẫn xử lý của HDS. Các yêu cầu thanh toán được xử lý theo các hướng dẫn xử lý có hiệu lực tại thời điểm xử lý yêu cầu thanh toán.</p> <p>Khi một tình trạng nha khoa có nhiều phương pháp điều trị được chấp nhận về mặt chuyên môn, HDS sẽ xác định phương pháp điều trị được chấp nhận về mặt chuyên môn ít tốn kém nhất làm quyền lợi và xem xét các phương pháp điều trị thay thế. Xác định này không nhằm mục đích phản ánh tiêu cực về chương trình điều trị của nha sĩ hoặc khuyến nghị nên áp dụng phương pháp điều trị nào. Đó là việc xác định các quyền lợi theo các điều khoản trong phạm vi bảo hiểm của chương trình HDS của quý vị. Quý vị và nha sĩ của quý vị nên quyết định quá trình điều trị. Phần chia sẻ của bệnh nhân của quý vị dựa trên phương pháp điều trị được chấp nhận về mặt chuyên môn ít tốn kém nhất do HDS xác định và chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với việc điều trị đó và số tiền mà nha sĩ của quý vị tính.</p> <p>Hiệp Hội Nha Khoa Hoa Kỳ có thể cập nhật định kỳ các mã thủ thuật Thuật Ngữ Nha Khoa Hiện Tại (CDT) và danh pháp hoặc mô tả được trình bày trong bảng. Những cập nhật như vậy có thể được sử dụng để mô tả các thủ thuật được đài thọ này theo luật liên bang.</p> <p>Để biết thêm thông tin về quyền lợi nha khoa của quý vị hoặc danh sách các nha sĩ tham gia, vui lòng truy cập trang mạng của HDS tại hawaiiidentalservice.com</p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>hoặc gọi tới dịch vụ khách hàng của HDS theo số 1-808-529-9248 (hoặc số miễn cước 1-844-379-4325) Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:30 sáng đến 4:30 chiều</p> <p>Các dịch vụ nha khoa được đài thọ ngoài tiểu bang chỉ được đài thọ khi được cung cấp bởi các nha sĩ thuộc mạng lưới Delta Dental Medicare Advantage. Phạm vi bảo hiểm, các giới hạn và các trường hợp loại trừ phải tuân theo cùng các điều khoản và điều kiện của HDS. Để tìm nha sĩ trong mạng lưới Delta Dental Medicare Advantage, hãy liên lạc với văn phòng Delta Dental tại địa phương của Tiểu Bang.</p>	
<p>Dịch vụ phòng ngừa và chẩn đoán</p> <p>Làm sạch răng – Hai lần làm sạch mỗi năm lịch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1110: Phòng bệnh (làm sạch răng) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D4355: Khử cặn bám toàn bộ miệng để cho phép đánh giá và chẩn đoán miệng toàn diện ở lần thăm khám tiếp theo (áp dụng cho quyền lợi làm sạch hàng năm của bệnh nhân) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D4346: Cạo vôi răng khi bị viêm nướu tổng quát ở mức trung bình hoặc nghiêm trọng – toàn bộ miệng, sau khi đánh giá miệng (áp dụng cho quyền lợi làm sạch hàng năm của bệnh nhân) 	\$0
<p>Florua</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1206: Bôi sơn bóng florua tại chỗ hai lần mỗi năm lịch (kết hợp giới hạn mức độ thường xuyên với D1208) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D1208: Bôi sơn bóng florua tại chỗ hai lần mỗi năm lịch (kết hợp giới hạn mức độ thường xuyên với D1206) 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
64 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> D1354: Thuốc ngăn ngừa sâu răng tạm thời dùng hai lần cho mỗi răng trong khoảng thời gian 12 tháng và sáu răng cho mỗi ngày làm dịch vụ 	\$0
Khám – Hai lần mỗi năm lịch (trừ khi có lưu ý khác):	
<ul style="list-style-type: none"> D0120: Đánh giá miệng định kỳ – bệnh nhân cũ 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0140: Đánh giá miệng hạn chế – tập trung vào vấn đề (không áp dụng cho quyền lợi khám hàng năm của bệnh nhân) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0150: Đánh giá miệng toàn diện – bệnh nhân mới hoặc cũ 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0160: Đánh giá miệng chi tiết và bao quát – tập trung vấn đề, theo báo cáo 	\$0**
<ul style="list-style-type: none"> D0170: Đánh giá lại – hạn chế, tập trung vào vấn đề (bệnh nhân cũ, không phải sau phẫu thuật) 	\$0**
<ul style="list-style-type: none"> D0180: Đánh giá nha chu toàn diện – bệnh nhân mới hoặc cũ 	\$0
Chụp X-quang răng cánh cấn – một lần mỗi năm lịch:	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0270: Cánh cấn – hình chụp X-quang đơn 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0272: Cánh cấn – hai hình chụp X-quang 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0273: Cánh cấn – hai hình chụp X-quang 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0274: Cánh cấn – bốn hình chụp X-quang 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> D0277: Cánh cấn dọc – 7 đến 8 hình chụp X-quang 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Chụp X-quang khác:</p> <p>Bất kỳ kết hợp nào của các hình ảnh quanh chóp, khớp cắn, cánh cắn và/hoặc toàn cánh được chụp bởi cùng một nha sĩ/văn phòng nha khoa trong cùng ngày thực hiện dịch vụ đều được xử lý thành một loạt ảnh hoàn chỉnh (D0210) khi tổng phí bằng hoặc vượt quá phí cho một loạt hình chụp hoàn chỉnh (D0210).</p> <ul style="list-style-type: none"> • D0210: Trong miệng – loạt hình chụp X-quang hoàn chỉnh (X-quang Toàn Miệng) – giới hạn 5 năm một lần • D0220: Trong miệng – hình chụp X-quang đầu tiên quanh chóp • D0230: Trong miệng – mỗi hình chụp X-quang bổ sung quanh chóp • D0240: Trong miệng – hình chụp X-quang khớp cắn • D0250: Ngoài miệng – hình chụp X-quang chiếu 2D được tạo ra bằng cách sử dụng nguồn bức xạ tĩnh và máy dò. • D0330: Hình chụp X-quang toàn cảnh – được tính vào mức độ thường xuyên dùng D0210 và giới hạn 5 năm một lần • D0372: Chụp cắt lớp trong miệng - loạt hình ảnh chụp X-quang toàn diện • D0373: Chụp X-quang số hóa cắt lớp trong miệng - hình chụp X-quang răng cánh cắn • D0374: Chụp X-quang số hóa cắt lớp trong miệng - hình chụp X-quang quanh chóp 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0**</p> <p>\$0**</p> <p>\$0**</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
66 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
• D0419: Đánh giá lượng nước bọt bằng phép đo	\$0
• D0460: Xét nghiệm độ sống tủy	\$0
• D0472: Tiếp cận mô, khám tổng thể, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0
• D0473: Tiếp cận mô, khám tổng thể và kiểm tra bằng kính hiển vi, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0
• D0474: Tiếp cận mô, khám tổng thể và kiểm tra bằng kính hiển vi bao gồm đánh giá biên phẫu thuật đối với sự hiện diện của bệnh, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0
• D0480: Tiếp cận phết tế bào học tẩy tế bào chết, khám tổng thể và kiểm tra bằng kính hiển vi, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0
• D0484: Tư vấn theo các tiêu bản được chuẩn bị ở nơi khác	\$0
• D0485: Tư vấn, bao gồm chuẩn bị các tiêu bản từ vật liệu sinh thiết do nguồn giới thiệu cung cấp	\$0**
†Các dịch vụ tổng quát phụ trợ (gây mê, tư vấn và giảm đau nhẹ)	
• D2799: Mão răng tạm thời - điều trị thêm hoặc hoàn thành chẩn đoán cần thiết trước khi lấy dấu cuối cùng	\$0
• D2940: Đặt phục hồi trực tiếp tạm thời	\$0
• D9110: Điều trị giảm đau (khẩn cấp) – thủ thuật nhỏ	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.



Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
• D9222: Gây mê sâu/gây mê – 15 phút đầu	\$0
• D9223: Gây mê sâu/gây mê – mỗi lần tăng 15 phút tiếp theo	\$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
• 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	\$0
• D9430: Khám tại văn phòng để theo dõi (trong giờ đặt lịch cố định) – không thực hiện các dịch vụ khác	\$0
• D9440: Khám tại văn phòng – sau giờ hẹn thông thường	\$0
• D9930: Điều trị các biến chứng (sau phẫu thuật) – các trường hợp bất thường, theo báo cáo	\$0
• D9944 Máng bảo vệ khớp cắn - thiết bị cứng, cả cung răng – giới hạn một máng bảo vệ trong năm năm	\$0
• D9945 Máng bảo vệ khớp cắn - thiết bị mềm, cả cung răng – giới hạn một máng bảo vệ trong năm năm	\$0
• D9946 Máng bảo vệ khớp cắn - thiết bị cứng, bán cung – giới hạn một máng bảo vệ trong năm năm	\$0
• D9999: Thủ thuật phụ trợ không xác định, theo báo cáo	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
68 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
 Kiểm tra sàng lọc trầm cảm† Chúng tôi đài thọ cho một lần kiểm tra sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Việc kiểm tra sàng lọc bệnh này phải được thực hiện trong một môi trường chăm sóc chính mà cung cấp việc điều trị theo dõi và/hoặc sự giới thiệu.	Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, hay tiền khấu trừ cho cuộc kiểm tra sàng lọc bệnh trầm cảm hàng năm.
 Kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường† Chúng tôi đài thọ cho lần kiểm tra sàng lọc này (bao gồm các xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử có mức cholesterol và triglycerid bất thường (rối loạn lipid máu), chứng béo phì hoặc tiền sử có đường huyết cao (glucose). Các xét nghiệm cũng được đài thọ nếu quý vị đáp ứng được các yêu cầu khác, như bị thừa cân và có bệnh sử bị tiểu đường. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia tối đa hai buổi kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường sau mỗi 12 tháng kể từ ngày kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của mình.	Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, hay tiền khấu trừ cho một lần xét nghiệm kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ.
Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, dịch vụ và vật tư về bệnh tiểu đường† Với tất cả mọi người bị bệnh tiểu đường (người dùng insulin và không dùng insulin), các dịch vụ được đài thọ bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> • Vật tư để theo dõi đường trong máu của quý vị: Máy theo dõi đường trong máu, các que thử đường huyết, máy chích máu và lưỡi trích và các giải pháp kiểm soát lượng đường máu để kiểm tra sự chính xác của các que thử máu và máy theo dõi đường huyết. • †Đối với những người mắc bệnh tiểu đường mà bị biến chứng bàn chân nặng: Mỗi năm lịch một đôi giày được đóng riêng cho việc trị liệu (bao gồm các 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>miếng lót đi kèm cho loại giày này) và hai miếng lót giày bổ sung, hay một đôi giày dành cho người bị tiểu đường và ba miếng lót giày (không kể các miếng lót giày có thể tháo ra, không được đặt làm riêng, được cung cấp cho những đôi giày như vậy). Khoản đài thọ bao gồm lắp ráp điều chỉnh.</p> <ul style="list-style-type: none">  Việc đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường được đài thọ dưới một số điều kiện nhất định. 	
<p>Thiết bị y khoa lâu bền (DME) và các vật tư liên quan †</p> <p>(Để biết định nghĩa về thiết bị y khoa lâu bền, xem Chương 12 cũng như Chương 3, Mục 7 của tài liệu này.)</p> <p>Các mục được đài thọ gồm có, nhưng không giới hạn ở: 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, dụng cụ bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ô-xy, máy xông khí dung và khung tập đi.</p> <p>Chúng tôi đài thọ tất cả DME cần thiết về mặt y tế được chương trình Original Medicare đài thọ. Nếu nhà cung ứng của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có một loại hàng hay một nhà máy sản xuất đặc biệt, quý vị có thể hỏi họ xem họ có thể nào đặt hàng đặc biệt cho quý vị được không. Danh sách các nhà cung ứng gần đây nhất có trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ kp.org/directory.</p> <p>Ngoài ra, chúng tôi còn bảo hiểm các mặt hàng DME sau đây không được Medicare chi trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> Thiết bị trị liệu bằng tia cực tím cho các tình trạng sau: U lympho da, liken phẳng, xơ cứng bì, bạch biến, chàm (viêm da dị ứng, viêm da tự phát), ngứa, ngứa dạng nốt, u hạt vòng, u lympho dạng sần, vảy phấn dạng lichen và bệnh ghép chống vật chủ. 	<p>\$0</p> <p>Dụng cụ tiếp khí oxy</p> <p>Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với phạm vi bảo hiểm thiết bị ô-xy Medicare là \$0 mỗi khi quý vị nhận thiết bị.</p> <p>Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi ghi danh tham gia được 36 tháng.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
70 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc cấp cứu</p> <p>Chăm sóc cấp cứu đề cập tới các dịch vụ được:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện hợp lệ để cung cấp cho các dịch vụ cấp cứu, và • Cần để thăm định hay ổn định tình trạng cấp cứu y tế. <p>Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay bất cứ người dân thân trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế, cho rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần sự chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, sảy thai), mất chi hay mất chức năng của chi. 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.</p> <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 bảo hiểm dịch vụ chăm sóc cấp cứu trong hoặc ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.</p>	<p>\$0</p> <p>†Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị được ổn định, quý vị phải trở lại bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc của quý vị được tiếp tục đài thọ, hoặc quý vị phải để việc chăm sóc nội trú của quý vị tại một bệnh viện ngoài mạng lưới được chấp thuận bởi chương trình của chúng tôi, và phí tổn của quý vị là phần chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>
<p>Quyền lợi tập thể hình (One Pass™)</p> <p>Quyền lợi tập thể hình được cung cấp thông qua chương trình One Pass nhằm giúp các hội viên kiểm soát được sức khỏe và cảm thấy mình khỏe mạnh. Chương trình One Pass bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các Phòng Tập Thể Dục và Địa Điểm Tập Thể Hình: Quý vị nhận được tư cách hội viên cùng quyền sử dụng nhiều phòng tập thể dục trong mạng lưới thông qua mạng lưới nòng cốt và cao cấp. Các địa điểm tập bao gồm trung tâm tập quốc gia, địa phương và cộng đồng cũng như các studio nhỏ. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ địa điểm nào trong mạng 	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>lưới, đồng thời quý vị cũng có thể sử dụng nhiều địa điểm tập thể hình thuộc mạng lưới trong cùng một tháng.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tập Thể Hình Trực Tuyến: Quý vị có quyền truy cập vào các lớp thể hình kỹ thuật số trực tiếp và các bài tập theo yêu cầu thông qua trang mạng hoặc ứng dụng di động dành cho hội viên One Pass. • Hoạt Động Tập Thể Hình và Xã Hội: Quý vị cũng có quyền truy cập vào các nhóm, câu lạc bộ và sự kiện xã hội thông qua trang mạng dành cho hội viên One Pass. • Bộ Dụng Cụ Tập Thể Hình Tại Nhà: Nếu quý vị muốn tập luyện tại nhà, quý vị cũng có thể chọn một bộ dụng cụ tập thể hình tại nhà mỗi năm lịch cho bộ môn Thể chất, Yoga hoặc Khiêu vũ. Bộ dụng cụ có thể thay đổi và khi đã chọn sẽ không thể đổi được. • Sức Khỏe Não Bộ: Truy cập vào các chương trình đào tạo nhận thức về sức khỏe não bộ trực tuyến. <p>Để biết thêm thông tin về các phòng tập thể dục và địa điểm tập thể hình tham gia mạng lưới, quyền lợi của chương trình hoặc để thiết lập tài khoản trực tuyến, vui lòng truy cập www.YourOnePass.com hoặc gọi 1-877-614-0618 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 3 giờ sáng đến 4 giờ chiều, HST</p> <p>Dưới đây là những hạng mục không được đài thọ: Các dịch vụ bổ sung (chẳng hạn như đào tạo cá nhân, các lớp tập thể hình theo nhóm tính phí, thời gian sử dụng thêm hoặc các lớp bổ sung ngoài gói hội viên tiêu chuẩn).</p> <p>One Pass® là nhãn hiệu đã đăng ký của Optum, Inc. tại Hoa Kỳ và các khu vực pháp lý khác và là một chương trình tự nguyện. Chương trình One Pass và các tiện ích khác nhau tùy theo chương trình, khu vực và địa điểm. Thông tin được cung cấp trong chương trình này chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin chung</p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
72 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>và không nhằm mục đích cũng như không được hiểu là lời khuyên y tế. One Pass không chịu trách nhiệm về các dịch vụ hoặc thông tin do bên thứ ba cung cấp. Các cá nhân nên tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế thích hợp trước khi bắt đầu bất kỳ chương trình tập thể dục nào và/hoặc để xác định xem chương trình nào có thể phù hợp với họ.</p>	
<p> Chương trình giáo dục về sức khỏe và sống lành mạnh</p> <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: Lão Hóa nhưng Vẫn Đẹp, Sức Khỏe Xương cho Người Lớn Tuổi, Kiểm Tra Về Tình Trạng Khỏe Mạnh và Cân Bằng Mức Cao cho Người Cao Tuổi, Hội Thảo Cấp Cao cho Người Cao Tuổi và các nhóm Sức Khỏe Người Cao Tuổi. Chương Trình Lối Sống Lành Mạnh được cung cấp bởi các nhà giáo dục về sức khỏe, huấn luyện viên về lối sống hoặc các chuyên gia y tế có trình độ khác.</p> <p>Để biết thêm thông tin về các chương trình giáo dục sức khỏe của chúng tôi, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi tại kp.org/classes.</p>	\$0
<p>Dịch vụ về thính giác†</p> <p>Các thăm định về thính giác và sự cân bằng trong việc chẩn đoán bệnh được thực hiện bởi nhà cung cấp của quý vị để xác định xem quý vị có cần được điều trị y tế được đài thọ như việc chăm sóc bệnh nhân ngoại trú hay không khi được cung cấp bởi một bác sĩ, nhà thính học hay nhà cung cấp khác đủ trình độ.</p>	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p> Kiểm tra sàng lọc HIV†</p> <p>Đối với những người yêu cầu kiểm tra sàng lọc HIV hoặc những người có nguy cơ nhiễm HIV gia tăng, chúng tôi chi trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một lần kiểm tra sàng lọc 12 tháng một lần. • Với phụ nữ mang thai, chúng tôi đài thọ tối đa ba lần kiểm tra sàng lọc trong một thai kỳ. 	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện hợp lệ để được kiểm tra sàng lọc HIV để phòng bệnh, do Medicare đài thọ.</p>
<p>Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia†</p> <p>Trước khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, một bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia và sẽ chỉ định các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia được cung cấp bởi một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia. 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>Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</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 phát âm. • Dịch vụ y tế xã hội. • Thiết bị và vật liệu y khoa. 	<p>\$0</p> <p>Lưu ý: Phân 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, phân chia sẻ chi phí hiện hành được liệt kê ở những nơi khác trong Bảng Quyền Lợi Y Tế này sẽ được áp dụng nếu hạng mục được đài thọ 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>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
74 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Liệu pháp truyền dịch tại nhà†</p> <p>Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm việc tiêm thuốc hoặc sinh phẩm vào trong tĩnh mạch hoặc dưới da cho một cá nhân tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm) và vật tư (ví dụ: ống dẫn và ống thông).</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với chương trình chăm sóc. • Việc đào tạo và giáo dục bệnh nhân không được đài thọ ở đâu khác theo quyền lợi của thiết bị y khoa lâu bền. • Giám sát từ xa. • 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.</p> <p>Lưu ý: Các thành phần (chẳng hạn như thuốc Medicare Phần B, DME và vật tư y tế) cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà có thể phải áp dụng phần chia sẻ chi phí được liệt kê đầu đó trong Bảng Quyền Lợi Y Tế này tùy thuộc vào hạng mục.</p>
<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. • Toa thuốc của quý vị được một nhà cung cấp trong mạng lưới kê đơn và được mua tại một nhà thuốc cung cấp thuốc truyền 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 tài liệu này tùy thuộc vào dịch vụ.</p>
<p>Chăm sóc cuối đời</p> <p>Quý vị đủ điều kiện hợp lệ nhận quyền lợi của chương trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời khi bác</p>	<p>Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời được Medicare</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>sĩ của quý vị và giám đốc y khoa của chương trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời cho quý vị một tiên lượng cuối cùng xác nhận rằng quý vị bị bệnh nan y và chỉ còn 6 tháng hay ít hơn để sống nếu bệnh trạng của quý vị diễn tiến bình thường. Quý vị có thể được chăm sóc từ bất cứ chương trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực phục vụ ở chương trình của quý vị, bao gồm cả những chương trình mà tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính ở đó. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc để kiểm soát triệu chứng và giảm đau. • Dịch vụ chăm sóc thay thế để nghỉ ngơi ngắn hạn. • Chăm sóc tại nhà. <p><u>*Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ và có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (chứ không phải chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Trong lúc quý vị tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn tính tiền tới chương trình Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được tính phần chia sẻ chi phí ở Original Medicare.</p> <p><u>Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ và không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:</u> Nếu quý vị cần các dịch vụ không phải là cấp cứu, không khẩn cấp được đài thọ theo Medicare</p>	<p>chứng nhận, các dịch vụ của chương trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời và các dịch vụ Phần A và Phần B của quý vị có liên quan tới tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được chương trình Original Medicare trả, không phải chương trình của chúng tôi.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
76 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Phần A hoặc B và không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị, chi phí của quý vị cho những dịch vụ này tùy thuộc vào việc quý vị có sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi và tuân theo các quy tắc của chương trình (chẳng hạn như nếu có một yêu cầu cần phải có sự cho phép trước).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy tắc của chương trình để nhận được dịch vụ, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ trong mạng lưới. • *Nếu quý vị có các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị trả tiền chia sẻ chi phí theo chương trình Phí Dịch Vụ của Medicare (Original Medicare). <p><u>Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không được Medicare Phần A hoặc B đài thọ:</u> Chúng tôi tiếp tục đài thọ các dịch vụ được chương trình đài thọ mà không được Phần A hoặc B đài thọ cho dù có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị chỉ trả số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình của quý vị cho những dịch vụ này.</p> <p><u>Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ bởi quyền lợi Phần D của chương trình chúng tôi:</u> Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời bệnh giai đoạn cuối của quý vị, quý vị sẽ phải trả phần chia sẻ chi phí. Nếu chúng liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời bệnh giai đoạn cuối của quý vị, thì quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí ở Original Medicare. 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, xin xem Chương 5, Mục 9.3 (<i>Nếu quý vị đang ở trong chương</i></p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p><i>trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao).</i></p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời (việc chăm sóc không liên quan tới tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị), quý vị nên liên lạc với chúng tôi để sắp xếp cho những dịch vụ này.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời cho người mắc bệnh nan y không chọn quyền lợi của chương trình chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời. 	\$0
<p> Chủng ngừa†</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ của Medicare Phần B gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vắc-xin bệnh viêm phổi. • Chích ngừa cúm, tiêm phòng bệnh cúm (hoặc vắc-xin), một lần mỗi mùa cúm/bệnh cúm vào mùa thu và mùa đông, cộng thêm các mũi tiêm phòng cúm/bệnh cúm (hoặc vắc-xin) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. • Tiêm 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 cũng đài thọ hầu hết các loại vắc-xin dành cho người lớn khác theo quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi. Tham khảo Chương 6, Mục 7 để biết thêm thông tin.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho vắc-xin bệnh viêm phổi, cúm/bệnh cúm, Viêm Gan B và COVID-19.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
78 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện†</p> <p>Bao gồm phục hồi chức năng cấp tính nội trú, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ khác của bệnh viện nội trú. Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu vào ngày quý vị chính thức được nhập viện kèm theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nằm viện nội trú cuối cùng của quý vị.</p> <p>Không có giới hạn cho số ngày hay các dịch vụ ở bệnh viện cần thiết về mặt y tế mà thường được cung cấp theo yêu cầu riêng bởi các bệnh viện đa khoa chăm sóc cấp tính. Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</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. • Phí tổn của các đơn vị chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như chăm sóc chuyên sâu hay các đơn vị chăm sóc tim mạch). • 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. • Tiếp liệu y tế và phẫu thuật cần thiết. • Sử dụng các thiết bị trong nhà, chẳng hạn như xe lăn. • Chi phí phẫu thuật và phòng hồi sức. • Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và âm ngữ trị liệu. • Các dịch vụ nội trú điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện 	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Trong những điều kiện nhất định, các loại cấy/ghép sau được đài thọ: giác mạc, thận, thận-tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa màng phổi. Nếu quý vị cần được cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để hồ sơ quý vị được tái xét bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận mà họ sẽ quyết định xem quý vị có phải là một ứng viên để được cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy/ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực phục vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi không thuộc mô hình chăm sóc trong cộng đồng, quý vị có thể chọn địa điểm tại địa phương hay địa điểm ở xa chừng nào các nhà cung cấp cấy ghép tại địa phương sẵn lòng nhận tỷ giá của chương trình Original Medicare. Nếu chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy/ghép tại một địa điểm không thuộc mô hình chăm sóc các trường hợp cấy/ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn được cấy/ghép tại địa điểm ở xa này, chúng tôi sẽ sắp xếp hay trả cho các chi phí chỗ ở và chuyên chở thích hợp cho quý vị và một người đi theo quý vị, theo các quy định hướng dẫn với việc đi lại và chỗ ở của chúng tôi, hiện được cung cấp từ Dịch Vụ Hội Viên. • Máu—bao gồm việc lưu trữ và quản trị. • Các dịch vụ của bác sĩ. 	
<p>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 lưu trú tại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu không chắc quý vị có phải là một bệnh nhân nội trú hay 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, <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Của Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Cứ Hỏi!</i> Quý vị có thể tìm thấy tờ thông tin này trên trang web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại miễn cước này 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.</p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete



80 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần†</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần đòi hỏi phải ở lại bệnh viện.</p>	\$0
<p>Thời gian lưu trú nội trú: Các dịch vụ được đài thọ nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm nội trú không được đài thọ†</p> <p>Nếu quý vị sử dụng hết các quyền lợi về cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF) của quý vị, hay nếu việc lưu lại SNF không hợp lý hay không cần thiết, chúng tôi sẽ không đài thọ cho việc lưu viện nội trú hay SNF của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ cho một số dịch vụ mà quý vị nhận được trong lúc quý vị ở trong bệnh viện hay ở trong SNF. Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ của bác sĩ. • Các xét nghiệm chẩn đoán (như các xét nghiệm tại phòng thí nghiệm). • Liệu pháp chụp X-quang, radium và chất đồng vị, bao gồm các tài liệu và dịch vụ kỹ thuật viên. • Băng phẫu thuật. • Thanh nẹp, băng bột và các dụng cụ khác được dùng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp xương. • Các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình (ngoài răng giả) thay thế tất cả hay một phần cơ quan nội tạng cơ thể (kể cả mô tiếp giáp), hay tất cả hoặc một phần chức năng của một cơ quan nội tạng của cơ thể không hoạt động hay bị rối loạn chức năng vận động vĩnh viễn, kể cả việc thay thế hay sửa chữa các dụng cụ như vậy. • Niềng chân, niềng tay và niềng lưng và niềng cổ; băng giữ; và chân giả, tay giả, và mắt giả (bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế theo yêu cầu vì bị 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>gãy, hao mòn, mất hay thay đổi về tình trạng thể chất của bệnh nhân).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu vận động. 	
<p> Trị liệu dinh dưỡng y tế†</p> <p>Quyền lợi này dành cho người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc thận) hay sau khi cấy ghép thận khi được bác sĩ chỉ định.</p> <p>Chúng tôi đài thọ 3 giờ dịch vụ tư vấn riêng trong năm đầu tiên mà quý vị nhận các dịch vụ điều trị dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất cứ chương trình nào khác của Medicare Advantage hay Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, việc điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị có thay đổi, quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị nếu có y lệnh của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa cho các dịch vụ này và gia hạn y lệnh của họ hàng năm nếu việc điều trị của quý vị là cần thiết cho năm dương lịch kế tiếp.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện hợp lệ để được nhận các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế được Medicare đài thọ.</p>
<p> Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)†</p> <p>Các dịch vụ của Chương Trình Phòng Chống Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) sẽ được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare hội đủ điều kiện theo tất cả các chương trình sức khỏe của Medicare.</p> <p>MDPP là chương trình can thiệp thay hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề nhằm vượt qua những thách thức để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho quyền lợi MDPP.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete

82 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Thuốc theo toa của Medicare Phần B†</p> <p>Các loại thuốc này được đài thọ theo Phần B của chương trình Original Medicare. Các hội viên của chương trình chúng tôi được đài thọ cho các loại thuốc này qua chương trình của chúng tôi. Các loại thuốc được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc thông thường không được bệnh nhân tự sử dụng và được tiêm hay được truyền trong lúc quý vị nhận dịch vụ chăm sóc của bác sĩ, dịch vụ bệnh nhân ngoại trú hay dịch vụ tại 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 khác quý vị sử dụng bằng thiết bị y khoa lâu bền (như máy xông khí dung) mà chương trình của chúng tôi cho phép. • Thuốc trị bệnh Alzheimer, Leqembi®, (tên gốc là lecanemab) được tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc men, quý vị có thể cần chụp chiếu và xét nghiệm bổ sung trước và/hoặc trong khi điều trị, điều này có thể làm tăng thêm chi phí chung của quý vị. Nói chuyện với bác sĩ của quý vị về những lần chụp chiếu và xét nghiệm quý vị có thể cần trong quá trình điều trị. • Các chất có yếu tố làm đông máu mà quý vị tự chích cho mình nếu quý vị bị chứng dễ xuất huyết. • Thuốc Cấy/Ghép/Ức Chế Miễn Dịch: Medicare sẽ đài thọ cho liệu pháp điều trị bằng thuốc cấy ghép nếu Medicare thanh toán cho ca cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm thực hiện ca cấy ghép được đài thọ và quý vị phải có Phần B tại thời điểm nhận thuốc ức chế miễn dịch. Hãy nhớ rằng, bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) đài thọ cho các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ. 	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc chích cho bệnh loãng xương, nếu quý vị bị nằm liệt giường tại nhà, bị gãy xương mà một bác sĩ chứng nhận đã có liên quan tới bệnh loãng xương thời hậu mãn kinh, và không thể tự chích được. • Một Số Kháng Nguyên: Medicare sẽ đài thọ cho các kháng nguyên nếu bác sĩ là bên chuẩn bị, đồng thời việc tiêm kháng nguyên sẽ do người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) thực hiện dưới sự giám sát thích hợp. • Một số loại thuốc uống chống ung thư: Medicare đài thọ cho một số loại thuốc uống điều trị ung thư nếu loại thuốc tương tự có sẵn ở dạng tiêm hoặc thuốc đó là tiền chất (dạng thuốc mà khi uống vào sẽ phân hủy thành hoạt chất tương tự có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc uống điều trị ung thư mới, Phần B có thể đài thọ cho thuốc này. Nếu Phần B không đài thọ thì Phần D sẽ đài thọ. • Thuốc uống chống buồn nôn: Medicare sẽ đài thọ cho các loại thuốc uống chống buồn nôn mà quý vị sử dụng trong phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu được sử dụng trước, trong hoặc trong vòng 48 giờ kể từ khi hóa trị hoặc được sử dụng làm phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn qua đường tĩnh mạch. • Một số loại thuốc uống điều trị bệnh thận giai đoạn cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) nếu loại thuốc tương tự có sẵn ở dạng tiêm và quyền lợi ESRD Phần B đài thọ cho loại thuốc đó. • Thuốc bắt chước canxi theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar®. • Một số loại thuốc dùng để thẩm tách tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế và thuốc gây mê/tê tại chỗ. 	


†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete

84 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> Thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare đài thọ erythropoietin theo đường tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị bệnh thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (như Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® và Darbepoetin Alfa). Huyết Tương Hỗ Trợ Miễn Dịch Qua Tĩnh Mạch cho việc điều trị tại nhà về các bệnh suy yếu hệ miễn dịch chính. Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và không qua đường tiêu hóa (nuôi ăn qua tĩnh mạch và bằng ống). 	
<p>Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chúng tôi cũng đài thọ cho một số vắc-xin theo Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn trong quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc theo toa Phần D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để được đài thọ cho các toa thuốc. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc theo toa Phần D của mình thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích trong Chương 6. 	
<p> Kiểm tra sàng lọc và điều trị bệnh béo phì để khuyến khích duy trì giảm cân†</p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối lượng cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi đài thọ cho việc tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Việc tư vấn này được đài thọ nếu quý vị được tư vấn trong một môi trường chăm sóc chính, nơi việc tư vấn có thể được điều phối với chương trình phòng bệnh toàn diện của chúng tôi. Nói chuyện với bác sĩ chăm sóc chính hay chuyên viên y tế của quý vị để tìm hiểu thêm.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho kiểm tra sàng lọc và điều trị phòng ngừa béo phì.</p>
<p>Các dịch vụ của chương trình điều trị opioid†</p> <p>Các thành viên trong chương trình của chúng tôi bị rối loạn sử dụng opioid (OUD) có thể được đài thọ cho</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương Trình Điều Trị Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc điều trị hỗ trợ (MAT) thuốc đối kháng và thuốc chủ vận opioid được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt. • Cấp phát và dùng thuốc MAT (nếu có). • Cố vấn rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. • Liệu pháp theo cá nhân và nhóm. • Thử nghiệm độc chất học. • Các hoạt động bơm truyền. • Các buổi đánh giá định kỳ. 	
<p>Các xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ và vật tư cho việc điều trị ngoại trú†</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chụp X- quang. • Siêu âm. • Điện tâm đồ (EKG), điện não đồ (EEG), kiểm tra căng thẳng tim mạch và kiểm tra chức năng phổi. • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Vật liệu phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc. • Thanh nẹp, băng bột và các dụng cụ khác được dùng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp xương. • Máu—bao gồm việc lưu trữ và quản trị. • Trị liệu phóng xạ (phóng xạ và đồng vị), bao gồm các tài liệu và vật liệu của kỹ thuật viên. • Chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging, MRI), chụp cắt lớp vi tính (computed tomography, CT), và chụp cắt lớp hạt positron (Positron Emission Tomography, PET). 	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<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 quý vị có phải là một 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, <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Của Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Cứ Hỏi!</i> Quý vị có thể tìm thấy tờ thông tin này trên trang web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng 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>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện†</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được trong khoa ngoại trú của một bệnh viện để được chẩn đoán hay điều trị một căn bệnh hay một chấn thương.</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ trong một Khoa Cấp Cứu hay phòng khám bệnh nhân ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ quan sát hay phẫu thuật ngoại trú. • Các xét nghiệm tại phòng thí nghiệm và các xét nghiệm chẩn đoán được bệnh viện tính tiền. • Chăm sóc sức khỏe tinh thần, gồm có việc chăm sóc trong một chương trình nằm viện một phần, nếu bác sĩ chứng nhận rằng việc điều trị nội trú sẽ được yêu cầu mà lại không có. • 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 • Một số loại thuốc và sản phẩm sinh học mà quý vị không thể tự mình sử dụng. 	<p>\$0</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 quý vị có phải là một 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, <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Của Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Cất Hỏi!</i> Quý vị có thể tìm thấy tờ thông tin này trên trang web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại miễn cước này 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.</p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
88 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc sức khỏe tinh thần ngoại trú†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tinh thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia y tá lâm sàng, cố vấn chuyên môn được cấp phép (LPC), nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), y tá hành nghề (NP), trợ lý bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tinh thần đủ tiêu chuẩn Medicare khác được luật pháp hiện hành của tiểu bang cho phép.</p>	\$0
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có: vật lý trị liệu, trị liệu vận động, và trị liệu ngôn ngữ nói.</p> <p>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp trong các môi trường ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như các khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng của các nhân viên trị liệu độc lập và các Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORFs).</p>	\$0
<p>Các dịch vụ ngoại trú điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện†</p> <p>Chúng tôi cung cấp các dịch vụ điều trị và tư vấn để chẩn đoán và điều trị lạm dụng chất gây nghiện (bao gồm thăm khám trị liệu cá nhân và nhóm).</p>	\$0
<p>Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở chăm sóc bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú†</p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị sẽ phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của mình về việc quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ phi nhà cung cấp đã viết toa nhận quý vị như một bệnh nhân nội trú vào bệnh viện, quý vị là một bệnh</p>	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>nhân ngoại trú và trả số tiền chia sẻ phí tổn cho phẫu thuật ngoại trú. Ngay cả khi lưu trú tại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.</p>	
<p>Dịch vụ nhập viện bán phần và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu†</p> <p><i>Nhập viện bán phần</i> là một chương trình có cấu trúc về điều trị tâm thần tích cực được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng, chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc nhận được từ bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (licensed marriage and family therapist, LMFT) hoặc văn phòng cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép của quý vị và là một giải pháp thay thế cho việc nhập viện nội trú.</p> <p>Lưu ý: Vì không có trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng trong mạng lưới của chúng tôi nên chúng tôi chỉ đài thọ cho việc nhập viện bán phần như một dịch vụ ngoại trú của bệnh viện.</p>	<p>\$0</p>
<p><i>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</i> là một chương trình có cấu trúc về điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp tại khoa 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 từ bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), hoặc văn phòng cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép của quý vị nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện bán phần.</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
90 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế, bao gồm cả việc thăm khám tại văn phòng của bác sĩ</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ chăm sóc y tế hay các dịch vụ phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp trong văn phòng của bác sĩ, trong trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận†, trong khoa ngoại trú của bệnh viện†, hay bất cứ địa điểm nào khác.† • †Tur vắn, chẩn đoán và điều trị bệnh bởi một bác sĩ chuyên khoa. • †Các kiểm tra thính giác và thăng bằng cơ bản do nhà cung cấp trong mạng lưới thực hiện, nếu bác sĩ yêu cầu thực hiện để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không. • †Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật. • Chăm sóc nha khoa không định kỳ (các dịch vụ được đài thọ chỉ giới hạn ở phẫu thuật hàm hay các cấu trúc có liên quan, cho việc sắp xếp xương hàm hay xương mặt bị gãy, cho việc nhổ răng để chuẩn bị hàm cho điều trị phóng xạ về bệnh ung thư bướu, hay các dịch vụ sẽ được đài thọ khi được cung cấp bởi một bác sĩ). 	\$0
<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 nội trú trong bệnh viện, dịch vụ cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch, dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ cần gấp, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, trị liệu vận động, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần, điều trị tâm thần, dịch vụ vật lý trị liệu và bệnh lý ngôn ngữ nói, điều trị lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú, dịch vụ thâm tách, dịch vụ giáo dục về bệnh thận và đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, chuẩn bị cho việc phẫu thuật hoặc thời gian nằm viện và các lần thăm khám theo dõi 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>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> <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: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 hàng tháng dành cho hội viên thực hiện thẩm tách tại gia tại trung tâm lọc thận có cơ sở hoặc phục vụ nhu cầu khẩn cấp như tại bệnh viện, cơ sở lọc thận hoặc tại nhà của hội viên. ● Dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ, bất kể quý vị ở đâu. ● 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, bất kể quý vị ở đâu. ● 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. 	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
92 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ● 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. ● Làm thủ tục ghi tên trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút <u>nếu</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ○ Việc kiểm tra không dành cho thăm khám tại văn phòng 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 <u>nếu</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới 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. 	
<p>Các dịch vụ điều trị bệnh chân†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Điều trị chẩn đoán và y tế hay phẫu thuật cho các chấn thương và bệnh tật về chân (chẳng hạn như chứng ngón chân cái quặp xuống hay gai gót chân). ● Chăm sóc chân định kỳ cho các hội viên với một số bệnh trạng ảnh hưởng tới các chi dưới. 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.



Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư tuyến tiền liệt†</p> <p>Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được đài thọ bao gồm những dịch vụ sau – 12 tháng một lần:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám hậu môn kỹ thuật số. • Xét Nghiệm về Sinh Kháng Thể Đặc Biệt của Tuyến Tiền Liệt (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>Không có tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm hay tiền khấu trừ cho việc khám hậu môn kỹ thuật số hay xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) hàng năm.</p>
<p>Các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và vật tư liên quan</p> <p>Dụng cụ (ngoài dụng cụ nha khoa) để thay thế tất cả hay một phần bộ phận hay chức năng cơ thể. Chúng bao gồm nhưng không giới hạn ở việc kiểm tra, tháo lắp hoặc đào tạo cách sử dụng các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình; cũng như: túi và vật tư phẫu thuật tạo hậu môn giả liên quan trực tiếp tới việc chăm sóc cho hậu môn giả, máy trợ tim, niềng, giày giả, chi giả, và ngực giả (gồm có phẫu thuật làm vú giả sau thủ thuật cắt bỏ toàn bộ vú). Gồm một số vật tư liên quan tới các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình, và sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình. Cũng bao gồm một số khoản đài thọ cho việc phẫu thuật đục thủy tinh thể mắt hay phẫu thuật cườm khô – xem mục Chăm Sóc Thị Lực sau trong mục này để biết thêm chi tiết).</p>	<p>\$0</p>
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng phổi†</p> <p>Các chương trình toàn diện về phục hồi chức năng phổi được đài thọ cho hội viên có bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) từ trung bình tới rất nặng và có y lệnh từ bác sĩ cho việc phục hồi chức năng phổi để trị bệnh hô hấp mãn tính.</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẽ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
94 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ cai nghiện bia rượu/ma túy nội trú†</p> <p>Một hội viên có thể nhận được các dịch vụ nội trú tại một đơn vị hoặc cơ sở điều trị nghiện bia rượu hoặc ma túy chuyên biệt được Nhóm Y Khoa phê duyệt bằng văn bản. Tất cả dịch vụ cai nghiện bia rượu/ma túy được đài thọ sẽ được cung cấp theo chương trình điều trị cá nhân đã được phê duyệt trong một khoảng thời gian nhất định.</p>	<p>\$0</p>
<p> Kiểm tra sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng bia rượu†</p> <p>Chúng tôi đài thọ một lần kiểm tra sàng lọc tình trạng lạm dụng bia rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm phụ nữ có thai) lạm dụng rượu, nhưng không nghiện bia rượu.</p> <p>Nếu kết quả khám sàng lọc của quý vị là dương tính với lạm dụng bia rượu, quý vị có thể nhận được tối đa 4 buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị còn năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) được cung cấp bởi bác sĩ chăm sóc chính đủ điều kiện hoặc chuyên viên y tế trong cơ sở chăm sóc chính.</p>	<p>Không có tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm hay tiền khấu trừ cho việc kiểm tra sàng lọc và tư vấn được Medicare đài thọ để giảm quyền lợi phòng bệnh cho tình trạng lạm dụng rượu.</p>
<p> Kiểm tra sàng lọc ung thư phổi bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT)†</p> <p>Với những người đủ điều kiện hợp lệ, LDCT được đài thọ mỗi 12 tháng một lần.</p> <p>Các hội viên đủ điều kiện là: Những người từ 50 – 77 tuổi không có dấu hiệu hay triệu chứng nào của bệnh ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc ít nhất 20 bao-năm (một gói một ngày mỗi năm), và những người hiện hút thuốc hay đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm qua, nhận được y lệnh để chụp LDCT trong một buổi tư vấn kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi và chia sẻ quyết định đáp ứng với các tiêu chuẩn của Medicare cho những lần khám bệnh như vậy và được</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho buổi tư vấn chia sẻ quyết định được Medicare đài thọ hay cho việc chụp LDCT.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>cung cấp bởi một bác sĩ hay chuyên viên y tế đủ trình độ, không phải bác sĩ.</p> <p>Đối với kiểm tra sàng lọc ung thư phổi LDCT sau sàng lọc LDCT ban đầu: Hội viên phải nhận được y lệnh về kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi LDCT, mà có thể được cung cấp trong bất kỳ lần thăm khám thích hợp nào với bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ trình độ mà không phải là bác sĩ. Nếu một bác sĩ hay chuyên viên y tế có đủ trình độ không phải là bác sĩ quyết định cung cấp một buổi tư vấn kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi và chia sẻ quyết định cho các lần chụp dò tìm ung thư phổi sau cùng với LDCT, buổi khám bệnh này phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare cho các lần khám chụp hình như vậy.</p>	
<p> Kiểm tra sàng lọc bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infections, STIs) và tư vấn để phòng ngừa STI†</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho việc khám dò tìm bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI), vi-rút chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và Viêm Gan B. Các lần khám dò bệnh này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ mắc bệnh STI cao khi các xét nghiệm được nhà cung cấp chăm sóc chính kê toa. Chúng tôi đài thọ cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hay ở một số thời điểm trong thời kỳ mang thai.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ hai buổi tư vấn về hành vi, chuyên sâu, cho tối đa hai người từ 20 tới 30 phút, trực tiếp với nhân viên tư vấn mỗi năm cho người lớn đang có sinh hoạt tình dục có nguy cơ cao bị nhiễm STI. Chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng bệnh nếu chúng được cung cấp bởi một nhà cung cấp chăm sóc chính và diễn ra trong một môi trường chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng của bác sĩ.</p>	<p>Không có tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm hay tiền khấu trừ cho việc kiểm tra sàng lọc bệnh STI được Medicare đài thọ và tư vấn để tránh quyền lợi phòng bệnh STI.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phân chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
96 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ điều trị bệnh thận†</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy chăm sóc thận và giúp hội viên đưa ra quyết định khi nắm được thông tin về việc chăm sóc của họ. • 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 này cho quý vị tạm thời không sẵn có hoặc không thể tiếp cận được). • Huấn luyện để tự lọc thận (gồm có việc huấn luyện cho quý vị và bất cứ người nào giúp quý vị điều trị lọc thận tại nhà). • †Dụng cụ và vật liệu thẩm tách tại nhà. • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn, khi cần thiết, các lần thăm khám 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). • †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). 	<p>\$0</p>
<p>Một số loại thuốc nhất định để thẩm tách được đài thọ theo quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị. Để biết thông tin về đài thọ cho các loại thuốc Phần B, vui lòng xem mục, <i>Thuốc theo toa Phần B của Medicare</i>.</p>	
<p>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)†</p> <p>(Để biết định nghĩa về việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, xem Chương 12 của tài liệu này. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi gọi là SNF.)</p>	<p>Mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi, quý vị trả ngày sau:</p> <p>\$0 cho ngày 1–100.</p> <p>Thời kỳ hưởng quyền lợi bắt đầu vào ngày đầu tiên quý vị tới một</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày cho mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi của các dịch vụ nội trú chuyên môn tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn theo các quy định hướng dẫn của Medicare (không bắt buộc phải có một lần nằm viện trước đây). Các dịch vụ được đài thọ gồm có, và không giới hạn bởi:</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 tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động, và trị liệu phát âm. • Các loại thuốc được cung cấp cho quý vị như một phần chương trình chăm sóc của chúng tôi (điều này gồm có các chất hiện diện tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các chất có yếu tố làm đông máu). • Máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý. • Vật liệu y tế và phẫu thuật thường được SNF cung cấp. • Các xét nghiệm tại phòng thí nghiệm thường được SNF cung cấp. • Các dịch vụ chụp X-quang và chụp hình quang tuyến khác thường được SNF cung cấp. • Việc sử dụng các thiết bị trong nhà chẳng hạn như xe lăn thường được SNF cung cấp. • Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế. <p>Thông thường, quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc của SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, trong một số điều kiện nhất định liệt kê ở dưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở này chấp nhận số tiền chi trả theo chương trình của chúng tôi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một viện dưỡng lão hay một cộng đồng hưu trí tiếp tục việc chăm sóc nơi quý vị sống ngay trước khi 	<p>bệnh viện nội trú hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được Medicare đài thọ. Thời kỳ hưởng quyền lợi chấm dứt khi quý vị không còn là bệnh nhân nội trú tại bất cứ bệnh viện hay SNF nào trong 60 ngày liên tục.</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
98 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>quý vị vào bệnh viện (chứng nào cơ sở đó còn cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn).</p> <ul style="list-style-type: none"> Cơ sở SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện. 	
<p> Cai hút thuốc hay cai sử dụng thuốc lá (tư vấn để bỏ hút thuốc hay ngưng sử dụng thuốc lá)†</p> <p>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá: Chúng tôi đài thọ hai lần tư vấn bỏ thuốc trong khoảng thời gian 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi lần tư vấn bỏ thuốc bao gồm tối đa 4 lần thăm khám tư vấn trực tiếp.</p> <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: Chúng tôi đài thọ các dịch vụ tư vấn cai thuốc lá. Chúng tôi đài thọ hai buổi tư vấn bỏ thuốc lá trong giai đoạn 12 tháng, tuy nhiên, quý vị sẽ trả phần chia sẻ chi phí có thể được áp dụng. Mỗi lần tư vấn bỏ thuốc bao gồm tối đa 4 lần thăm khám tư vấn trực tiếp.</p>	<p>Không có tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, hay tiền khấu trừ cho các quyền lợi phòng bệnh để cai hút thuốc và sử dụng thuốc được Medicare đài thọ.</p>
<p>Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát (Supervised Exercise Therapy, SET)†</p> <p>Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát (Supervised Exercise Therapy, SET) được đài thọ cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (Peripheral Artery Disease, PAD) có triệu chứng và giấy giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD.</p> <p>Tối đa 36 buổi trong thời gian 12 tuần được đài thọ nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET.</p> <p>Chương trình SET phải:</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nhà sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Bao gồm các buổi thăm khám kéo dài 30–60 phút, bao gồm một chương trình tập luyện-tập thể dục trị liệu PAD ở bệnh nhân mắc chứng hẹp bao quy đầu. • Được thực hiện ở môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc trong văn phòng của bác sĩ. • Do nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết cung cấp để đảm bảo quyền lợi cao hơn tác hại và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục đối với PAD. • Thuộc sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên viên y tế/bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng, những người phải được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao. <p>Lưu ý: SET có thể được đài thọ ngoài 36 buổi trong 12 tuần cho 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian kéo dài nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế.</p>	
<p>Các dịch vụ cần gấp</p> <p>Một dịch vụ được chương trình đài thọ yêu cầu sự chăm sóc y tế tức thời mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần gấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ trong chương trình của chúng tôi hoặc ngay cả khi quý vị ở trong khu vực phục vụ trong chương trình của chúng tôi, việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình của chúng tôi có ký hợp đồng là không hợp lý dựa trên thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Chương trình của quý vị phải đài thọ cho các dịch vụ cần gấp và chỉ tính phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần gấp là bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc tình trạng bệnh hiện tại bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ hàng năm, không được coi là cần gấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình của chúng tôi hoặc</p>	<p>\$0</p>

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.


**Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
100 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi: Quý vị có bảo hiểm chăm sóc khẩn cấp trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ 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>Xem Chương 3, Mục 3 để biết thêm thông tin.</p>	
<p>Chăm sóc thị giác.</p> <p>Dịch vụ được đài thọ gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Các dịch vụ của bác sĩ ngoại trú cho việc điều trị và chẩn đoán một số bệnh tật và chấn thương mắt, gồm có việc điều trị tình trạng thoái hóa điểm vàng liên quan tới tuổi tác. • †Kiểm tra khả năng thị lực nhìn chu vi chung quanh. • †Đối với người mắc bệnh tiểu đường, kiểm tra sàng lọc và theo dõi bệnh võng mạc tiểu đường. • 🍏 Đối với những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi sẽ đài thọ cho một lần kiểm tra sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc 	\$0

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận các dịch vụ này
<p>Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha 65 tuổi trở lên.</p> <ul style="list-style-type: none"> Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm lắp tròng kính trong mắt (Nếu quý vị có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể bảo lưu quyền lợi sau lần phẫu thuật đầu tiên và mua hai kính mắt sau lần phẫu thuật thứ hai.) 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 kính đeo mắt 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>
<p> Lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare†</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i> một lần. Thăm khám bao gồm xem lại sức khỏe của quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh mà quý vị cần (gồm có các kiểm tra sàng lọc và chích ngừa (hoặc vắc-xin)), và giới thiệu cho việc chăm sóc khác nếu cần thiết.</p> <p>Quan trọng: Chúng tôi chỉ đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i> trong 12 tháng đầu tiên mà quý vị có Medicare Phần B. Khi đặt lịch hẹn khám, quý vị hãy cho văn phòng bác sĩ của mình biết quý vị muốn lên lịch cho lần thăm khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.</p>	<p>Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hay tiền khấu trừ cho lần khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.</p>
<p>Lưu ý: Tham khảo Chương 1 Mục 7 và Chương 11 để biết thông tin về việc điều phối các quyền lợi áp dụng cho tất cả các dịch vụ được đài thọ được mô tả trong Bảng Quyền Lợi Y Tế này.</p>	

†Nhà cung cấp của quý vị phải có được sự cho phép trước từ chương trình chúng tôi.

*Phần chia sẻ chi phí cho những dịch vụ hoặc vật dụng này khôn'g áp dụng vào chi phí tự trả tối đa.

**Ngoài khoản đồng thanh toán được liệt kê, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền chênh lệch giữa số tiền HDS cho phép đối với phương pháp điều trị đó và số tiền mà nha sĩ tính phí.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
102 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Tóm Tắt các Quyền Lợi Được Medicaid Đài Thọ

Các quyền lợi được mô tả dưới đây được Medicaid đài thọ. Các quyền lợi được mô tả trước đó trong bảng này được Medicare đài thọ. Đối với mỗi phúc lợi được liệt kê bên dưới, quý vị có thể xem Medicaid đài thọ những gì và chương trình của chúng tôi đài thọ những gì. Số tiền quý vị trả cho các dịch vụ được đài thọ có thể tùy thuộc vào mức độ hội đủ điều kiện Medicaid của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền lợi Medicaid, vui lòng tham khảo Cẩm Nang Hội Viên Tích Hợp QUEST Kaiser Permanente của quý vị.

Quyền lợi	Chương trình Medicaid của Tiểu bang	Kaiser Permanente Dual Complete
Lọc máu	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Thiết bị y khoa lâu bền và tiếp liệu y tế, bao gồm bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả. Cần có sự chấp thuận trước	\$0 đồng thanh toán cho các vật tư được Medicare chi trả.
Các dịch vụ cấp cứu và sau khi ổn định	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ phục hồi chức năng (Dịch vụ thính học, trị liệu vận động, vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ-âm ngữ, dịch vụ nhân khoa, thiết bị giao tiếp tăng cường, thiết bị đọc, thiết bị hỗ trợ thị lực)	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả. Các thiết bị giao tiếp tăng cường, thiết bị đọc và thiết bị hỗ trợ thị giác không được đài thọ.
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ chuyên chở y tế khi không trong tình trạng cấp cứu	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	Không được đài thọ.

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete

Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)103

Quyền lợi	Chương trình Medicaid của Tiểu bang	Kaiser Permanente Dual Complete
	Cần có sự chấp thuận trước.	
Tư vấn dinh dưỡng	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 tiền đồng trả cho các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế được Medicare đài thọ.
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Các dịch vụ của bác sĩ	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Các dịch vụ liên quan tới thai kỳ	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Thuốc theo toa	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	Thuốc Medicare Phần B: \$0 tiền đồng trả. Thuốc Medicare Phần D: 0-25%
Dịch vụ phòng ngừa	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ chụp quang tuyến, phòng xét nghiệm và dịch vụ chẩn đoán khác	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ phục hồi chức năng	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ cai hút thuốc	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ y tế từ xa	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.

1-800-805-2739 (TTY 711), 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
104 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Quyền lợi	Chương trình Medicaid của Tiểu bang	Kaiser Permanente Dual Complete
	Chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực không được đài thọ cho các hội viên trên 21 tuổi.	
Dịch vụ nhãn khoa và thị giác	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Bệnh viện nội trú cấp tính cho các dịch vụ sức khỏe hành vi	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Các dịch vụ sức khỏe tinh thần ngoại trú	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Dịch vụ từ chuyên gia có trình độ như bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học, tư vấn viên, nhân viên xã hội, y tá có đăng ký hành nghề và những người khác	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Thuốc được kê toa, bao gồm quản lý thuốc và tư vấn bệnh nhân	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Đánh giá tâm thần hoặc tâm lý	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
Các dịch vụ tại nhà và cộng đồng bao gồm*: (công việc nhà, chăm sóc y tế ban ngày dành cho người lớn, chăm sóc cá nhân, chăm sóc người lớn ban ngày, hệ thống ứng phó khẩn cấp cá	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid chi trả.	Không được đài thọ.

Quyền lợi	Chương trình Medicaid của Tiểu bang	Kaiser Permanente Dual Complete
<p>nhân, điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc nội trú như Nhà Gia Đình Nuôi Dưỡng Chăm Sóc Cộng Đồng hoặc Nhà Chăm Sóc Nội Trú Người Lớn Mở Rộng) *Cá nhân cần phải đủ điều kiện để nhận được Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn</p>		
<p>Quyền lợi nha khoa cơ bản</p>	<p>Được đài thọ bởi Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) Med-QUEST. Tập trung vào việc kiểm soát bệnh răng miệng và một số phục hồi chức năng nhai (chẩn đoán, làm sạch, trám răng, một số ống tủy răng, một số mão răng và một số răng giả) cho mọi lứa tuổi. Để được trợ giúp tìm nha sĩ, hãy gọi cho Tập Đoàn Quản Lý Trường Hợp Cộng Đồng (CCMC) theo số 1-808- 792-1070 hoặc số miễn cước 1-888-792-1070. CCMC có thể giải thích các quyền lợi nha khoa được đài thọ và giúp quý vị tìm nha sĩ ở gần quý vị.</p>	<p>\$0</p> <p>Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa được đài thọ liệt kê bên dưới sẽ do Mạng Lưới Medicare Advantage của Dịch Vụ Nha Khoa Hawaii (HDS) cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hai lần khám miệng phòng ngừa và làm sạch răng mỗi năm lịch† • Một lần chụp X-quang răng cánh căn mỗi năm lịch† • Chụp X-quang toàn miệng 5 năm một lần† • Hai lần bôi florua mỗi năm lịch† • Các dịch vụ tổng quát phụ trợ: gây mê, tư vấn và giảm đau nhẹ (bao gồm một máng bảo vệ khớp cắn mỗi năm năm)† <p>Để biết danh sách các nha sĩ của Mạng Lưới Medicare Advantage HDS, hãy truy cập hawaiiidentalservice.com, hoặc gọi tới bộ phận chăm sóc khách hàng của HDS theo số 1-844-379-4325 (Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:30 sáng đến 4:30 chiều).</p> <p>Lưu ý: Các dịch vụ nha khoa được đài thọ ngoài tiểu bang</p>

**Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
106 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)**

Quyền lợi	Chương trình Medicaid của Tiểu bang	Kaiser Permanente Dual Complete
		chỉ được đài thọ khi được cung cấp bởi các nha sĩ thuộc mạng lưới Delta Dental Medicare Advantage. Phạm vi bảo hiểm, các giới hạn và các trường hợp loại trừ phải tuân theo cùng các điều khoản và điều kiện của HDS. Để tìm nha sĩ trong mạng lưới Delta Dental Medicare Advantage, hãy liên lạc với văn phòng Delta Dental tại địa phương của Tiểu Bang.
Các dịch vụ sức khỏe hành vi dành cho người lớn ghi danh mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng (SMI)	Các dịch vụ được đài thọ bởi Dịch Vụ Chăm Sóc Cộng Đồng (Community Care Services, CCS).	Không được đài thọ.

MỤC 3 Những dịch vụ nào được đài thọ ngoài chương trình của chúng tôi?

Mục 3.1 Những dịch vụ *không* được chương trình của chúng tôi đài thọ

Các dịch vụ sau đây không được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng được cung cấp thông qua Medicaid:

- Vận chuyển để được chăm sóc y tế.
- Dịch vụ nhãn khoa (khám mắt định kỳ 24 tháng một lần và một cặp kính mỗi 24 tháng).
- Dịch vụ về thính giác.

Lưu ý: Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid tại tiểu bang của quý vị để biết thông tin chi tiết đầy đủ về những gì được và không được chương trình Medicaid của quý vị đài thọ, bao gồm cả loại chương trình (ví dụ, chương trình trả phí theo dịch vụ hoặc chương trình quản lý dịch vụ chăm sóc). Ngoài ra, nếu quý vị nhận các dịch vụ được Medicaid đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới không được bao trả trong chương trình của chúng tôi, thì quý vị sẽ cần xuất trình thẻ Medicaid của mình khi nhận các dịch vụ.

MỤC 4 Những dịch vụ nào không được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi?

Mục 4.1 Những dịch vụ *không được* chương trình của chúng tôi đài thọ (các trường hợp loại trừ)

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

Bảng bên dưới mô tả một số dịch vụ và hạng mục không được chương trình của chúng tôi đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được chương trình của chúng tôi đài thọ trong những điều kiện cụ thể.

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ (không được đài thọ), quý vị phải tự thanh toán cho chúng ngoại trừ các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Cho dù quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ này tại một cơ sở cấp cứu, các dịch vụ loại trừ này vẫn không được đài thọ và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán chúng. Ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ bị kháng cáo và được quyết định: dựa trên khiếu nại là một dịch vụ y tế mà lẽ ra chúng tôi phải thanh toán hoặc chi trả vì hoàn cảnh cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc khiếu nại một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra là không đài thọ cho dịch vụ y tế, vào Chương 9, Mục 6.3 trong tài liệu này.)

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
Acupuncture		Có sẵn cho những người bị đau thắt lưng mãn tính trong một số trường hợp nhất định.
Chăm sóc tại cơ sở chăm sóc trung cấp hoặc nội trú, cơ sở hỗ trợ sinh hoạt, hoặc nhà chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời dành cho người lớn		Được đài thọ như được mô tả trong phần “Dịch vụ điều trị nghiện rượu bia/ma túy nội trú” của Bảng Quyền Lợi Y Tế.
Thụ thai bằng phương pháp nhân tạo, chẳng hạn như thụ tinh trong ống nghiệm, phương pháp chuyển giao tử, 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)	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	

**Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
108 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)**

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
Phẫu thuật hay thủ thuật thẩm mỹ		Được đài thọ trong trường hợp bị thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị dị tật. Được đài thọ cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau thủ thuật cắt bỏ toàn bộ vú, cũng như cho bên vú không bị ảnh hưởng để tạo ra hình dáng cân đối.
Chăm sóc sinh hoạt hàng ngày Chăm sóc sinh hoạt hàng ngày là chăm sóc cá nhân không đòi hỏi phải chú ý liên tục của nhân viên y tế hay nhân viên cấp cứu y tế được huấn luyện, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc nhằm hỗ trợ quý vị về các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, như tắm rửa hay mặc quần áo.	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Thủ thuật hay dịch vụ khuyến khích chọn lọc và tự nguyện (bao gồm xuống cân, mọc tóc, hoạt động tình dục, hoạt động thể thao, các mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và hoạt động tinh thần)		Được đài thọ nếu cần thiết về mặt y khoa và được đài thọ dưới chương trình Original Medicare.
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 là không		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, Mục 5 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng.)

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
được chấp nhận chung bởi cộng đồng y tế.		
Kính mắt và kính áp tròng		Một cặp kính mắt (hoặc kính áp tròng) được đài thọ cho những người sau phẫu thuật đục thủy tinh thể.
Chi phí sẽ do người thân hoặc thành viên trong gia đình của quý vị chi trả.	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị.	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Máy trợ thính hoặc khám để lắp máy trợ thính		Loại trừ này không áp dụng cho cấy/ghép điện cực ốc tai và thiết bị trợ thính bên ngoài tích hợp xương được Medicare chi trả.
Bữa ăn giao tận nhà	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Các dịch vụ nội trợ gồm trợ giúp việc nhà cơ bản chẳng hạn như dọn dẹp nhẹ nhàng hay nấu ăn đơn giản	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Trị liệu xoa bóp	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Các dịch vụ tự nhiên (sử dụng việc điều trị tự nhiên và điều trị thay thế)	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Thấu kính nội nhãn (intraocular lenses, IOL) sau cuộc phẫu thuật đục thủy tinh	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
110 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
thẻ (ví dụ: IOL để chỉnh chứng lão thị).		
Giày chỉnh hình hoặc thiết bị hỗ trợ cho bàn chân		Giày là một phần của vòng nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của vòng nẹp. Giày chỉnh hình hay trị liệu cho người bị bệnh chân do tiểu đường.
Các vật liệu cá nhân trong phòng quý vị tại một bệnh viện hay một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, như điện thoại hay ti vi	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Khám sức khỏe tổng quát và các dịch vụ khác (1) bắt buộc để có được hoặc duy trì công việc hoặc tham gia vào các chương trình dành cho nhân viên, (2) bắt buộc để được hưởng bảo hiểm hoặc cấp giấy phép hoặc (3) theo án lệnh hoặc bắt buộc để được tạm tha hoặc quản chế.		Được đài thọ nếu một bác sĩ trong mạng lưới xác định rằng các dịch vụ này là dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế và chăm sóc phòng bệnh phù hợp về mặt y tế.
Chăm sóc điều dưỡng riêng	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Phòng riêng trong một bệnh viện		Được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế.
Kiểm tra tâm lý về khả năng, năng khiếu, trí thông minh hoặc sở thích	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Phẫu thuật khúc xạ điều trị cận thị, phẫu thuật bằng tia laser	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
điều trị cận thị, viễn thị, và loạn thị và các dụng cụ khác trợ giúp mắt bị kém		
Phẫu thuật tái tạo nào mà chỉ mang lại sự cải thiện đáng về bên ngoài được một chút tối thiểu, hay được thực hiện để thay đổi hoặc tạo dáng lại các cấu trúc bình thường của cơ thể để cải thiện đáng về thể hiện bên ngoài		Chúng tôi đài thọ phẫu thuật tái tạo để chỉnh lại hay sửa chữa các cấu trúc bất thường của cơ thể gây ra bởi khiếm khuyết bẩm sinh, các phát triển bất thường, chấn thương do tai nạn, chấn thương, nhiễm trùng, bướng, hay bệnh tật, nếu một bác sĩ trong mạng lưới xác định rằng nó cần thiết để cải thiện chức năng, hay để tạo ra đáng về thể hiện bên ngoài, trong phạm vi có thể được.
Tiến trình đảo ngược việc triệt sản và vật liệu ngừa thai không toa	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương định kỳ		Được đài thọ xoa nắn cột sống thủ công để điều chỉnh sự thoát vị.
Khám mắt định kỳ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Chăm sóc bàn chân định kỳ		Một số đài thọ giới hạn được cung cấp theo các quy định hướng dẫn của Medicare (ví dụ: nếu quý vị bị tiểu đường).
Khám thính giác định kỳ, kiểm tra máy trợ thính hoặc kiểm tra để lắp máy trợ thính.	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Các dịch vụ được cân nhắc không hợp lý và cần thiết, theo		Các trường hợp loại trừ này không áp dụng cho các dịch vụ hoặc hạng mục không được Original Medicare

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
112 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
các tiêu chuẩn của Original Medicare.		đài thọ nhưng lại được chương trình của chúng tôi đài thọ.
Các dịch vụ được cung cấp cho các cựu chiến binh tại cơ sở Cựu Chiến Binh (Veterans Affairs, VA)		Khi nhận các dịch vụ cấp cứu ở bệnh viện VA và phân chia sẻ chi phí ở VA lớn hơn phần chia sẻ chi phí theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch cho các cựu chiến binh. Các hội viên vẫn chịu trách nhiệm về số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình của chúng tôi.
Dịch vụ liên quan đến dịch vụ hay vật liệu không được đài thọ		Khi một dịch vụ hay vật liệu không được đài thọ, tất cả các dịch vụ liên quan tới dịch vụ hay vật liệu không được đài thọ này đều bị loại trừ, (1) ngoại trừ các dịch vụ hay vật liệu mà chúng tôi sẽ, nói một cách khác là, đài thọ để điều trị các biến chứng của dịch vụ hay vật liệu không đài thọ này, hay (2) trừ khi được đài thọ theo các quy định quy tắc của Medicare.
Dịch vụ khôi phục khả năng sinh sản sau khi triệt sản tự nguyện bằng phương pháp phẫu thuật	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	
Chuyên chở bằng xe hơi, xe taxi, xe buýt, xe van chở bệnh nhân, xe van chở bệnh nhân đi xe lăn và bất kỳ loại phương tiện chuyên chở nào khác (ngoài xe cứu thương có giấy phép), cho dù nó là cách duy	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	

Dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không đài thọ dưới mọi điều kiện	Chỉ được đài thọ dưới các điều kiện đặc biệt
nhất để đến một nhà cung cấp trong mạng lưới		
Chi phí ăn ở và phương tiện đi lại		Chúng tôi có thể thanh toán một số chi phí nhất định mà chúng tôi cho phép từ trước theo hướng dẫn đi lại và lưu trú của chúng tôi.

Mục 4.2 Các trường hợp loại trừ và giới hạn về nha khoa của Dịch Vụ Nha Khoa Hawaii

Trường Hợp Loại Trừ

Sau đây là những trường hợp loại trừ và không được HDS Plan thanh toán:

- Các dịch vụ không được đưa vào làm quyền lợi trong Bảng Quyền Lợi Y Tế;
- Các dịch vụ là các mã thủ thuật không được đài thọ trong Hướng Dẫn Mã Thủ Thuật HDS;
- Các dịch vụ nhằm khắc phục hoặc cải thiện các dị tật bẩm sinh bao gồm nhưng không giới hạn ở hở vòm miệng, dị tật xương hàm trên và hàm dưới, thiếu sản men răng, nhiễm fluor và mất răng;
- Các dịch vụ để điều chỉnh tình trạng bị bít và các dịch vụ khác ngoài dịch vụ thay thế cấu trúc bị mất do sâu răng cần thiết để thay đổi, phục hồi hoặc duy trì trạng bị bít bao gồm nhưng không giới hạn ở việc tăng kích thước theo chiều dọc, cân bằng, nẹp nha chu, nẹp chỉnh nha, nẹp khác, phục hồi cấu trúc răng bị mất do mòn, mài mòn, đứt gãy hoặc khớp thái dương hàm (“TMJ”), phục hồi tình trạng răng lệch lạc, lấy mẫu răng và điều trị các rối loạn của khớp thái dương hàm;
- Chi phí nằm viện bao gồm chi phí thăm khám cấp cứu;
- Các dịch vụ nhằm khắc phục hoặc chữa trị các thương tích hoặc tình trạng được đài thọ theo luật bồi thường cho người lao động hay trách nhiệm pháp lý của chủ hãng;
- Các dịch vụ thẩm mỹ bao gồm nhưng không giới hạn ở phẫu thuật thẩm mỹ, thiếu sản men răng, nhiễm fluor và mất răng;
- Làm trắng răng, ngoại trừ những trường hợp cụ thể liên quan đến tình trạng đổi màu răng nội nha và/hoặc xác định lâm sàng răng đã chết;
- Dịch vụ xe cứu thương và bất kỳ phương tiện vận chuyển nào khác;
- Các dịch vụ do một cơ quan chính phủ, chương trình y tế của hội viên hoặc một bên khác thanh toán; và
- Tất cả các loại thuế đánh vào các dịch vụ mà hội viên nhận được.

1-800-805-2739 (TTY 711), 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2025 cho Kaiser Permanente Dual Complete
114 Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)

Các Giới Hạn Đài Thọ

- Dịch vụ phải cần thiết về mặt lâm sàng, được cung cấp theo tiêu chuẩn chăm sóc chuyên nghiệp và phải được Kế hoạch HDS chi trả quyền lợi bảo hiểm. Các dịch vụ chẩn đoán và phòng ngừa được cung cấp theo tiêu chuẩn chăm sóc chuyên nghiệp được coi là cần thiết về mặt lâm sàng. Dịch vụ là quyền lợi được đài thọ nhưng không cần thiết về mặt lâm sàng hoặc không đáp ứng tiêu chuẩn chăm sóc chuyên nghiệp sẽ không được Chương Trình HDS thanh toán.
- Nếu Kế hoạch HDS có mức tối đa thì tổng số tiền HDS mà HDS phải trả cho một thành viên sẽ không vượt quá mức tối đa của kế hoạch. Tuy nhiên, nếu Kế hoạch HDS có miễn trừ chẩn đoán và phòng ngừa thì phần chia sẽ HDS cho các dịch vụ chẩn đoán và phòng ngừa không áp dụng cho mức tối đa của kế hoạch. Kế hoạch HDS không thanh toán chi phí cho các dịch vụ vượt quá mức tối đa của kế hoạch.
- Nếu Chương Trình HDS có mức chi phí tự trả tối đa, thì Chương Trình HDS sẽ thanh toán cho các quyền lợi được đài thọ theo tỷ lệ đồng thanh toán HDS là 100% khi số tiền bệnh nhân phải trả vượt quá mức chi phí tự trả tối đa. Đối với mục đích tính toán số tiền tối đa phải trả, phần bệnh nhân phải trả không bao gồm các khoản thanh toán cho các dịch vụ không được bảo hiểm, chênh lệch giữa số tiền đã nộp và số tiền được phép chi trả cho các quyền lợi thay thế, cũng như chênh lệch giữa số tiền đã nộp và số tiền được phép chi trả cho các dịch vụ nhận được từ nhà sĩ không tham gia.
- Nếu một hạng mục quyền lợi có mức tối đa thì phần HDS phải trả cho các dịch vụ trong hạng mục quyền lợi đó dành cho hội viên sẽ không vượt quá mức tối đa. Chương Trình HDS không thanh toán chi phí cho các dịch vụ trong hạng mục quyền lợi vượt quá mức tối đa.
- Nếu Chương Trình HDS có tiền khấu trừ cho một dịch vụ thì Chương Trình HDS sẽ không thanh toán cho dịch vụ đó cho đến khi tiền khấu trừ được đáp ứng.
- Nếu Gói HDS có thời gian chờ cho một dịch vụ thì Gói HDS sẽ không thanh toán dịch vụ đó cho đến khi thành viên đăng ký liên tục trong thời gian chờ.
- Dịch vụ có giới hạn độ tuổi được thực hiện cho hội viên không đáp ứng được giới hạn độ tuổi sẽ không được Chương Trình HDS thanh toán.
- Gói HDS sẽ không thanh toán bất kỳ dịch vụ nào vượt quá giới hạn tần suất bất kể các dịch vụ trước đó đã được gói khác thanh toán hay chưa.
- Dịch vụ không đáp ứng các tiêu chí nêu trong hướng dẫn về mã thủ thuật HDS sẽ không được Chương Trình HDS thanh toán.
- Dịch vụ do hai hoặc nhiều nhà sĩ thực hiện theo một kế hoạch điều trị duy nhất sẽ được Chương trình HDS thanh toán cho chỉ một nhà sĩ.
- Thành viên phải thông báo cho nhà sĩ về phạm vi bảo hiểm của mình theo Kế hoạch HDS. Việc hội viên không thông báo cho nhà sĩ về phạm vi bảo hiểm của họ theo Chương Trình HDS sẽ miễn nghĩa vụ cho HDS thanh toán cho dịch vụ và buộc hội viên phải thanh toán cho dịch vụ đó.
- Mọi yêu cầu bồi thường dịch vụ phải được gửi đến HDS trong vòng 12 tháng kể từ ngày cung cấp dịch vụ theo định dạng mà HDS chấp nhận kèm theo tất cả các tài liệu yêu cầu.

Biểu mẫu yêu cầu bồi thường có sẵn trên trang web của HDS. Nếu dịch vụ được thực hiện bởi nha sĩ tham gia HDS hoặc nha sĩ tham gia Nha Khoa Delta, thì việc nha sĩ không gửi yêu cầu thanh toán cho HDS theo định dạng mà HDS chấp nhận cùng với tất cả các giấy tờ bắt buộc trong vòng 12 tháng kể từ ngày cung cấp dịch vụ sẽ miễn nghĩa vụ cho cả HDS và hội viên thanh toán cho dịch vụ đó. Nếu dịch vụ được thực hiện bởi nha sĩ tham gia, thì việc nha sĩ hoặc hội viên không gửi yêu cầu thanh toán cho HDS theo định dạng mà HDS chấp nhận cùng với tất cả các giấy tờ bắt buộc trong vòng 12 tháng kể từ ngày cung cấp dịch vụ sẽ miễn nghĩa vụ cho HDS thanh toán cho dịch vụ đó.

- **Phối Hợp Quyền Lợi**
 - Các thành viên sẽ thông báo cho nha sĩ của mình về tất cả các chương trình nha khoa mà họ đã đăng ký tại thời điểm sử dụng dịch vụ.
 - HDS áp dụng các quy tắc của Hiệp Hội Ủy Viên Bảo Hiểm Quốc Gia, được sửa đổi theo thời gian, để xác định thứ tự thanh toán của mỗi chương trình nha khoa khi một hội viên được đài thọ bởi nhiều chương trình nha khoa.
 - Nếu một hội viên tham gia nhiều chương trình nha khoa, tổng số tiền chia sẻ của HDS và các khoản thanh toán chương trình nha khoa khác sẽ không vượt quá số tiền được phép cho một quyền lợi được đài thọ theo Chương Trình HDS.
 - Khi Chương Trình HDS là chính, các quyền lợi của hội viên theo Chương Trình HDS sẽ được xác định và thanh toán trước các chương trình Nha khoa khác.
 - Khi Chương Trình HDS là phụ so với các chương trình Nha khoa khác, thì các quyền lợi của hội viên theo Chương Trình HDS sẽ được xác định và thanh toán sau khi các chương trình nha khoa khác thanh toán. Phần chia sẻ HDS theo Kế hoạch HDS có thể bị giảm hoặc bị loại bỏ do khoản thanh toán được thực hiện bởi các Kế hoạch Nha khoa chính.

Chương 5: Sử dụng đài thọ ở chương trình của chúng tôi cho các loại thuốc theo toa Phần D

Làm thế nào quý vị có thể nhận được thông tin về chi phí thuốc của quý vị?

Bởi vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, nên quý vị đủ điều kiện và đang nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán các chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Do quý vị đang tham gia chương trình Trợ Giúp Thêm, **một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phụ lục riêng biệt, được gọi là *Điều Khoản Bỏ Sung Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Thêm khi Mua Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là Điều Khoản Bỏ Sung Trợ Cấp Thu Nhập Thấp hoặc Điều Khoản Bỏ Sung LIS), mà theo đó cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị chưa có phụ lục này, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên và hỏi xin Điều Khoản Bỏ Sung LIS. (Các số điện thoại của Dịch Vụ Hội Viên được in trên trang bìa sau của tài liệu này.)

MỤC 1 Phần Giới Thiệu

Chương này giải thích các luật lệ cho việc sử dụng về sự đài thọ cho các loại thuốc Phần D của quý vị. Vui lòng xem Chương 4 để biết các quyền lợi về thuốc Medicare Phần B và thuốc dành cho chăm sóc cuối đời.

Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc theo toa cũng được đài thọ cho quý vị theo quyền lợi Medicaid. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết cách tìm hiểu về đài thọ thuốc Medicaid của quý vị.

Mục 1.1 Các quy tắc cơ bản về đài thọ thuốc Phần D trong chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi thường sẽ đài thọ cho thuốc của quý vị chừng nào quý vị còn theo các quy tắc cơ bản này:

- Quý vị phải nhờ nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa) kê toa thuốc cho quý vị mà toa thuốc này phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị phải không được nằm trong danh sách loại trừ hoặc phòng trừ trước của Medicare.
- Thường quý vị phải dùng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của quý vị. (Xem Mục 2 trong chương này, *Mua thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới hay qua dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chúng tôi*).
- Thuốc của quý vị phải có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)* (chúng tôi gọi tắt là Danh Sách Thuốc). (Xem Mục 3 trong chương này).
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Một “chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là sử dụng loại thuốc được phê chuẩn bởi Cục Quản

Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm hoặc được ủng hộ bởi một số tham chiếu nhất định. (Xem Mục 3 trong chương này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)

- Thuốc của quý vị có thể cần phải được chúng tôi chấp thuận trước khi dài thọ cho thuốc. (Xem Mục 4 trong chương này để biết thêm thông tin về các hạn chế cho dài thọ của quý vị.)

MỤC 2 Mua thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới hay qua dịch vụ gửi qua bưu điện của chúng tôi

Mục 2.1 Sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị được dài thọ *chỉ với điều kiện* nếu lấy thuốc tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. (Xem Mục 2.5 để biết thông tin về thời điểm chúng tôi dài thọ toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới của chúng tôi.)

Một nhà thuốc trong mạng lưới là một nhà thuốc có hợp đồng với chương trình chúng tôi để cung cấp các loại thuốc theo toa được dài thọ. Thuật ngữ thuốc được dài thọ nghĩa là tất cả các loại thuốc theo toa Phần D có trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

Mục 2.2 Nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tìm trong *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*, truy cập trang mạng của chúng tôi (kp.org/directory), và/hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Quý vị có thể tới bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc mà quý vị đã và đang sử dụng rời khỏi mạng lưới thì sao?

Nếu nhà thuốc mà quý vị đã và đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới của chúng tôi. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Dịch Vụ Hội Viên hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org/directory.

Nếu quý vị cần nhà thuốc chuyên môn thì sao?

Một số toa thuốc phải được mua tại một nhà thuốc chuyên biệt. Các nhà thuốc chuyên môn gồm có:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho các cư dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn (long-term care, LTC). Thường, một cơ sở LTC (chẳng hạn như một viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị gặp bất cứ khó khăn nào khi sử dụng quyền lợi Phần D của quý vị tại một cơ sở LTC, xin liên lạc Dịch Vụ Hội Viên.
- Các nhà thuốc phục vụ Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (hiện không có tại Puerto Rico). Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, chỉ có Thổ Dân Mỹ Bản Xứ hay Thổ Dân Alaska mới được sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Các nhà thuốc I/T/U phải nằm trong khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Các nhà thuốc phân phối các loại thuốc bị FDA hạn chế ở một số địa điểm nhất định hoặc cần được xử lý đặc biệt, phối hợp với nhà cung cấp hoặc cần được hướng dẫn về cách sử dụng. Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, hãy tìm ở *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* (kp.org/directory) hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên.

Mục 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chúng tôi

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

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng tối đa lượng thuốc 90 ngày.

Để nhận thông tin về việc mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, hãy đến nhà thuốc Kaiser Permanente tại địa phương của quý vị hoặc gọi cho nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi theo số 1-808-643-7979 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. 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.
- Gọi cho Nhà Thuốc Đặt Mua Qua Bưu Điện của chúng tôi theo số 1-808-643-7979 (TTY 711).

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 Thuốc của chúng tôi để biết thông tin về các loại thuốc có thể được gửi qua bưu điện.

Thông thường, một đơn đặt hàng nhà thuốc đặt mua qua bưu điện sẽ được giao cho quý vị trong không quá 5 ngày. Nếu toa thuốc đặt mua 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 90 ngày từ nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới thay vì từ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi.

Lấy thêm thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện. Để lấy thêm thuốc, hãy liên lạc với nhà thuốc của quý vị ít nhất 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.

Mục 2.4 Làm cách nào để quý vị có thể lấy lượng thuốc dùng lâu dài?

Khi quý vị lấy một lượng thuốc dùng lâu dài, phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình của chúng tôi cung cấp **hai cách** để có lượng thuốc duy trì dùng lâu dài (cũng gọi là lượng thuốc kéo dài) trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên do bệnh trạng mãn tính hoặc kéo dài.)

- Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị lấy lượng thuốc duy trì dài hạn. *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* (kp.org/directory) 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
- Quý vị cũng có thể nhận được thuốc duy trì thông qua chương trình đặt mua qua bưu điện của chúng tôi. Vui lòng xem Mục 2.3 để biết thêm thông tin.

Mục 2.5 Khi nào quý vị có thể dùng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chúng tôi?

Thuốc theo toa của quý vị có thể được dài thọ trong một số hoàn cảnh nhất định

Nói chung, chúng tôi dài thọ thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. **Xin kiểm tra trước với Dịch Vụ Hội Viên** để xem có nhà thuốc nào trong mạng lưới ở gần hay không. Quý vị có thể được yêu cầu trả số tiền chênh lệch giữa số tiền quý vị trả cho loại thuốc đó tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền phí tổn mà chúng tôi sẽ dài thọ tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

Dưới đây là các trường hợp khi chúng tôi chi trả các toa thuốc mua ở nhà thuốc ngoài mạng lưới:

- 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 dài thọ, chúng tôi sẽ dài 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 khi đang nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu ngoài mạng lưới hoặc chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực được đài thọ, 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 mua 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.

Làm thế nào để quý vị yêu cầu được bồi hoàn từ chương trình của chúng tôi?

Nếu quý vị phải dùng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, thường quý vị sẽ phải trả toàn bộ phí tổn (chứ không phải chỉ khoản chia sẻ chi phí thông thường của quý vị) vào thời điểm quý vị lấy thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. (Chương 7, Mục 2 giải thích cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.)

MỤC 3 Thuốc của quý vị cần phải có trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi

Mục 3.1 Danh Sách Thuốc cho biết thuốc Phần D nào được đài thọ

Chương trình của chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)*. Trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi tắt là Danh Sách Thuốc**.

Các loại thuốc trên danh mục này được lựa chọn bởi chương trình của chúng tôi với sự giúp đỡ của một đội ngũ các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare chấp thuận.

Danh Sách Thuốc bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D. Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc theo toa được đài thọ cho quý vị theo quyền lợi Medicaid. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết cách tìm hiểu về đài thọ thuốc Medicaid của quý vị.

Chúng tôi thường sẽ dài thọ cho một loại thuốc trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi chừng nào quý vị còn tuân theo các quy tắc khác về sự dài thọ được giải thích trong chương này và thuốc được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng của một loại thuốc mà *hoặc*:

- Được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận cho việc chẩn đoán hay bệnh trạng đang được kê toa, hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Dùng Trong Dịch Vụ Thuộc Danh Mục Thuốc Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm thuốc biệt dược, thuốc gốc và chế phẩm sinh học (có thể bao gồm 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. Sản phẩm sinh học là loại thuốc phức tạp hơn thuốc thông thường. Trong Danh Sách Thuốc, khi chúng tôi đề cập đến thuốc, có nghĩa là chúng tôi đang nói đến một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là thuốc theo toa có cùng thành phần hoạt tính như thuốc biệt dược. Các chế phẩm sinh học có các lựa chọn thay thế 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 sản phẩm sinh học gốc nhưng thường có giá thấp hơn. Có các thuốc gốc thay thế có sẵn cho nhiều loại thuốc biệt dược và các thuốc sinh học tương tự thay thế cho một số chế phẩm sinh học. Một số thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi cho nhau và tùy theo luật của tiểu bang, có thể dùng thay thế cho chế phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như các loại thuốc gốc có thể dùng thay thế cho thuốc biệt dược.

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

Thuốc nào không có trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi?

Chương trình của chúng tôi không dài thọ tất cả các loại thuốc theo toa.

Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất cứ chương trình Medicare nào dài thọ cho một số loại thuốc (để biết thêm thông tin về việc này, xem Mục 7.1 trong chương này).

Trong các trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không bao gồm một loại thuốc cụ thể trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Trong một số trường hợp, quý vị có thể mua được một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc. (Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 9.)

Vui lòng liên lạc với Medicaid để biết loại thuốc nào được Medicaid dài thọ (xem Chương 2 để biết thông tin liên lạc).

Mục 3.2 Có sáu bậc chia sẻ chi phí cho các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi

Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí của quý vị cho thuốc đó càng cao:

- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 1** đối với thuốc gốc được ưu tiên (bậc này bao gồm một số thuốc biệt dược).
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 2** đối với thuốc gốc (bậc này bao gồm một số thuốc biệt dược).
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 3** đối với thuốc biệt dược ưu tiên.
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 4** đối với thuốc không được ưu tiên (bậc này bao gồm cả thuốc gốc và thuốc biệt dược).
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 5** đối với thuốc bậc chuyên khoa (bậc này bao gồm cả thuốc gốc và thuốc biệt dược).
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 6** đối với vắc-xin tiêm Phần D (bậc này chỉ bao gồm các thuốc biệt dược).

Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, xem trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Số tiền quý vị trả cho các loại thuốc trong mỗi bậc chia sẻ chi phí được trình bày trong Chương 6 (*Những gì quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D*).

Mục 3.3 Làm thế nào quý vị có thể biết liệu một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không?

Quý vị có 4 cách để biết:

1. Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang mạng của chúng tôi (kp.org/seniorrx). (*Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)*) của chúng tôi trên trang mạng luôn là danh sách mới nhất.
3. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem liệu loại thuốc cụ thể quý vị cần có nằm trong (*Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)*) của chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu một bản sao của danh sách.
4. Sử dụng “Công cụ Lợi ích Thời gian Thực” của chương trình chúng tôi (kp.org/seniorrx) hoặc bằng cách gọi tới Dịch Vụ Hội Viên). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc để xem 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.

MỤC 4 Có những hạn chế về dài thọ đối với một số thuốc

Mục 4.1 Tại sao một số thuốc lại có hạn chế?

Với một số loại thuốc có toa, các luật lệ đặc biệt giới hạn cách thức và lúc chương trình chúng tôi dài thọ cho chúng. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã phát triển những quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem bất cứ giới hạn nào trong số các giới hạn này có áp dụng với một loại thuốc mà quý vị đang sử dụng hoặc muốn sử dụng hay không, kiểm tra Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Nếu thuốc an toàn, ít tốn kém hơn, sẽ có hiệu quả về mặt y tế cũng như loại thuốc tốn kém hơn, các quy tắc của chương trình chúng tôi được đề ra để khuyến khích quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị sử dụng lựa chọn ít tốn kém hơn.

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong Danh Sách Thuốc. Điều này là do cùng một loại thuốc có thể khác nhau dựa trên độ mạnh, hàm lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị kê đơn và các hạn chế hoặc phân chia sẽ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một viên mỗi ngày so với hai viên mỗi ngày; viên nén so với chất lỏng).

Mục 4.2 Những loại hạn chế nào?

Các phần ở dưới cho quý vị biết thêm về các loại giới hạn mà chúng tôi sử dụng cho một số loại thuốc.

Nếu có một giới hạn cho thuốc của quý vị, nó thường có nghĩa là quý vị hay bác sĩ kê toa của quý vị sẽ phải thực hiện thêm những giai đoạn để chúng tôi dài thọ thuốc. Liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên để biết quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần phải làm gì để được dài thọ cho thuốc. **Nếu quý vị muốn bãi miễn sự giới hạn này cho quý vị, quý vị cần xin sử dụng thủ tục quyết định dài thọ và yêu cầu xin chúng tôi tạo một ngoại lệ.** Chúng tôi có thể đồng ý hay có thể không đồng ý bãi miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9.)

Được chương trình chấp thuận trước

Với một số loại thuốc, quý vị hay nhà cung cấp của quý vị cần phải được chấp thuận từ chương trình của chúng tôi trước khi chúng tôi sẽ đồng ý dài thọ thuốc cho quý vị. Đây được gọi là **sự cho phép trước**. Việc này được thực hiện để đảm bảo an toàn khi dùng thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng một số loại thuốc cho phù hợp. Nếu quý vị không được chấp thuận, thuốc của quý vị có thể không được chương trình chúng tôi dài thọ.

MỤC 5 Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ thì sao?

Mục 5.1 Có những việc quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ.

Có những tình huống khi có một loại thuốc theo toa hiện quý vị đang dùng, hay một loại mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ quý vị nên dùng, mà lại không có trên danh mục thuốc của chúng tôi hoặc ở trên danh mục thuốc bị giới hạn của chúng tôi. Ví dụ:

- Thuốc hoàn toàn không được đài thọ. Hay có thể là phiên bản thuốc gốc của thuốc được đài thọ nhưng loại thuốc biệt dược mà quý vị muốn dùng lại không được đài thọ.
- Thuốc được đài thọ, nhưng có các quy tắc hay hạn chế thêm trong việc đài thọ cho loại thuốc đó như được giải thích trong Chương 4.
- Thuốc được đài thọ, nhưng ở trong bậc chia sẻ chi phí làm cho phần chia sẻ chi phí của quý vị đắt hơn quý vị nghĩ.
- Có những việc quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ.
- **Nếu thuốc của quý vị không ở trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, vào Mục 5.2 để tìm hiểu điều quý vị có thể làm.**
- **Nếu thuốc của quý vị ở trong bậc thuốc chia sẻ chi phí mắc hơn quý vị nghĩ, vào Mục 5.3 để biết điều quý vị có thể làm.**

Mục 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không nằm trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế theo cách nào đó?

Nếu thuốc của quý vị không ở trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế, đây là các lựa chọn:

- Quý vị có thể nhận được nguồn cung cấp thuốc tạm thời.
- Quý vị có thể đổi qua một loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu xin một ngoại lệ và yêu cầu chúng tôi đài thọ loại thuốc này hay bỏ các giới hạn từ loại thuốc này.

Quý vị có thể lấy thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình của chúng tôi phải cung cấp nguồn cung cấp tạm thời cho loại thuốc mà quý vị đang dùng. Nguồn cung cấp tạm thời này cho quý vị có thời gian nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về thay đổi.

Để đủ điều kiện nhận nguồn cung cấp tạm thời, loại thuốc quý vị đang dùng **phải không còn ở trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi HOẶC hiện bị hạn chế theo một cách nào đó.**

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ dài thọ nguồn cung cấp thuốc tạm thời của quý vị trong 90 ngày đầu tiên kể từ ngày quý vị trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi.
- **Nếu quý vị tham gia chương trình của chúng tôi năm ngoái**, chúng tôi sẽ dài thọ nguồn cung cấp thuốc tạm thời của quý vị trong 90 ngày đầu tiên của năm lịch.
- Lượng thuốc tạm thời này sẽ là lượng thuốc tối đa cho 30 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị được viết ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép lấy nhiều lần cho được lượng thuốc tối đa 30 ngày. Thuốc theo toa phải được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với số lượng ít hơn tại một thời điểm để phòng ngừa sự lãng phí thuốc.)
- **Đối với những hội viên đã tham gia vào chương trình của chúng tôi hơn 90 ngày và sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần một nguồn cung thuốc ngay lập tức:** Chúng tôi sẽ dài thọ một nguồn cung cấp thuốc khẩn cấp trong 31 ngày đối với một loại thuốc cụ thể hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được viết cho ít ngày hơn. Đây là nguồn cung bổ sung cho nguồn cung tạm thời ở trên.
- **Đối với các hội viên hiện tại có mức chăm sóc thay đổi:** 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 dài 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.

Nếu có câu hỏi về nguồn cung cấp tạm thời, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Trong thời gian quý vị sử dụng nguồn cung cấp thuốc tạm thời, quý vị cần nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị để quyết định cần làm gì khi quý vị dùng hết lượng thuốc tạm thời của mình. Quý vị có hai lựa chọn:

1) Quý vị có thể đổi qua một loại thuốc khác

Nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu có một loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi dài thọ có thể phù hợp với quý vị không. Quý vị có thể gọi Dịch Vụ Hội Viên để xin một danh sách các loại thuốc được dài thọ điều trị cho cùng bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được dài thọ có thể có hiệu quả cho quý vị.

2) Quý vị có thể xin một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một ngoại lệ cho quý vị và dài thọ loại thuốc đó theo cách mà quý vị muốn được dài thọ. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có các lý do y tế biện minh cho việc yêu cầu chúng tôi xin một ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu xin một ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi dài thọ cho một loại thuốc cho dù nó không có trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. Hay quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một ngoại lệ và dài thọ loại thuốc này mà không có giới hạn.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Mục 7.4 hướng dẫn cho quý vị biết cách làm việc đó. Nó giải thích các thủ tục và hạn định do Medicare ấn định để bảo đảm yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

Mục 5.3 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị ở trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị nghĩ là quá cao?

Nếu thuốc của quý vị ở trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị nghĩ quá cao, đây là những việc quý vị có thể làm:

Quý vị có thể đổi qua một loại thuốc khác

Nếu thuốc của quý vị ở trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị nghĩ quá cao, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị. Có thể có một loại thuốc khác trong bậc chia sẻ chi phí thấp hơn có thể cũng có hiệu quả cho quý vị. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu danh sách thuốc được đài thọ mà điều trị cùng một tình trạng bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được đài thọ có thể có hiệu quả cho quý vị.

Quý vị có thể xin một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ ở bậc chia sẻ chi phí cho thuốc để quý vị trả ít hơn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có các lý do y tế biện minh cho việc yêu cầu chúng tôi xin một ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu xin một ngoại lệ với quy tắc này.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Mục 7.4 cho biết cách làm việc đó. Nó giải thích các thủ tục và hạn định do Medicare ấn định để bảo đảm yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

Các loại thuốc trong bậc thuốc đặc trị của chúng tôi (Bậc 5) không hợp lệ cho hình thức ngoại lệ này. Chúng tôi không giảm số tiền chia sẻ chi phí cho các loại thuốc trong bậc này.

MỤC 6 Nếu khoản đài thọ của quý vị thay đổi cho một trong các thuốc của quý vị thì sao?

Mục 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi trong việc đài thọ thuốc diễn ra vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên, trong năm, chúng tôi có thể đưa ra một số thay đổi cho Danh Sách Thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- **Thêm hay loại bỏ thuốc ra khỏi Danh Sách Thuốc.**
- **Chuyển một loại thuốc tới một bậc chia sẻ chi phí cao hơn hay thấp hơn.**
- **Thêm hoặc xóa một hạn chế về đài thọ cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản gốc của thuốc.**

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

Xem Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc được thảo luận trong chương này.

Mục 6.2 Nếu dài thọ của một loại thuốc quý vị đang sử dụng bị thay đổi thì sao?

Thông tin về những thay đổi đối với dài thọ thuốc

Khi có các thay đổi đối với Danh Sách Thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang mạng của chúng tôi về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến của mình thường xuyên. Phần này mô tả các loại thay đổi mà chúng tôi có thể thực hiện đối với Danh Sách Thuốc và thời điểm quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng.

Những thay đổi chúng tôi có thể thực hiện đối với Danh Sách Thuốc của chúng tôi sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

- **Thêm thuốc mới vào Danh Sách Thuốc của chúng tôi và ngay lập tức loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.**
 - Khi thêm phiên bản mới của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ ngay lập tức loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự đó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản mới của thuốc sẽ ở cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi thêm phiên bản mới của thuốc gốc của biệt dược hoặc thêm một số phiên bản mới nhất định của thuốc sinh học tương tự của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và thông báo cho quý vị sau, ngay cả khi quý vị đang dùng loại thuốc mà chúng tôi đang loại bỏ hoặc thực hiện các thay đổi. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc tương tự vào thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi cụ thể nào mà chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm thuốc vào Danh Sách Thuốc của chúng tôi và loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc mà có thông báo trước.**
 - Khi thêm một phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự đó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản của thuốc mà chúng tôi thêm sẽ ở cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc ở một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn.

- Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi thêm phiên bản mới của thuốc gốc của thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản mới nhất định của thuốc sinh học tương tự của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi hoặc cho quý vị biết về thay đổi và đài thọ 30 ngày dùng thuốc cho phiên bản thuốc quý vị đang dùng.
- **Loại bỏ thuốc không an toàn và các thuốc khác trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi mà bị thu hồi khỏi thị trường.**
 - Đôi khi một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc bị đưa ra khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc đó ngay ra khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện các thay đổi khác đối với các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.**
 - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác sau khi năm bắt đầu có ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ: chúng tôi có thể dựa trên các cảnh báo đóng khung của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
 - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi đó hoặc cho quý vị biết về thay đổi và đài thọ thêm 30 ngày dùng thuốc cho phiên bản thuốc quý vị đang dùng.

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

Những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc của chúng tôi không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

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

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

- Chúng tôi chuyển loại thuốc của quý vị vào bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
- Chúng tôi đưa ra một hạn chế mới về việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi loại bỏ thuốc của quý vị khỏi Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Nếu có bất kỳ thay đổi nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ việc thu hồi trên thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được lưu ý trong các phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng hoặc những gì quý vị phải trả dưới dạng phần chia sẻ chi phí của mình cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau.

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

MỤC 7 Những loại thuốc nào *không được* dài thọ bởi chương trình của chúng tôi?

Mục 7.1 Các loại thuốc chúng tôi không dài thọ

Mục này cho quý vị biết những loại thuốc theo toa nào **bị loại trừ**. Điều này có nghĩa rằng Medicare không thanh toán cho những loại thuốc này.

Nếu quý vị khiếu nại và thấy loại thuốc mình yêu cầu không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc dài thọ cho thuốc đó. (Để biết thông tin về việc khiếu nại một quyết định, hãy đi tới Chương 9.)

Sau đây là ba quy định chung về những loại thuốc mà các chương trình thuốc Medicare sẽ không dài thọ theo Phần D:

- Bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể dài thọ một loại thuốc mà sẽ được dài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B.
- Chương trình của chúng tôi không thể dài thọ cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể dài thọ cho việc sử dụng *ngoài hướng dẫn* khi việc sử dụng không được hỗ trợ bởi một số thông tin tham chiếu nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc dùng trong Dịch Vụ thuộc Danh Mục của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX. Sử dụng *ngoài hướng dẫn* là bất cứ việc sử dụng nào đối với loại thuốc đó ngoài việc sử dụng được chỉ định trên nhãn thuốc như được phê chuẩn bởi Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm.

Ngoài ra, theo luật, các nhóm thuốc được liệt kê sau đây không được Medicare đài thọ. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được đài thọ cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị (vui lòng liên lạc với Medicaid để biết chi tiết):

- Những loại thuốc không theo toa (còn được gọi là thuốc mua không cần toa).
- 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.
- 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 chán ăn, giảm cân hoặc tăng cân.
- Những loại thuốc ngoại chẩn mà các nhà sản xuất muốn yêu cầu những kiểm tra liên hợp hoặc dịch vụ theo dõi cho những thuốc đó phải được mua duy nhất từ nhà sản xuất như một điều kiện mua hàng.

Nếu quý vị đang nhận “Trợ Giúp Thêm” để thanh toán cho toa thuốc của mình, thì chương trình “Trợ Giúp Thêm” sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được đài thọ. Tuy nhiên, nếu quý vị có khoản đài thọ thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể bao trả một số loại thuốc theo toa thường không được bao trả trong chương trình thuốc Medicare. Vui lòng liên lạc chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị để xác định loại bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên lạc Medicaid tại Chương 2, Mục 6.)

MỤC 8 Mua thuốc theo toa

Mục 8.1 Cung cấp thông tin về tư cách hội viên của quý vị

Để mua thuốc theo toa của quý vị, hãy cung cấp thông tin về tư cách hội viên trong chương trình của quý vị mà có thể tìm thấy trên thẻ hội viên của quý vị, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi hóa đơn cho chương trình của chúng tôi để chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc của quý vị. Quý vị sẽ cần thanh toán cho nhà thuốc phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua thuốc theo toa. Xin lưu ý rằng quý vị sẽ cần xuất trình thẻ Nhận dạng (thẻ ID) Medicaid của mình khi nhận các loại thuốc được Medicaid đài thọ nhưng bị loại trừ theo Medicare Phần D.

Mục 8.2 Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên của mình thì sao?

Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên chương trình của mình khi mua thuốc theo toa, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình của chúng tôi để nhận thông tin cần thiết hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin đăng ký chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không thể lấy thông tin cần thiết, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa đó khi đến lấy thuốc. (Sau đó, quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Xem Chương 7, Mục 2 để biết thông tin về cách thức yêu cầu chúng tôi bồi hoàn.)

MỤC 9 Đòi thọ thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt

Mục 9.1 Nếu quý vị nằm bệnh viện hoặc ở một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình chúng tôi đòi thọ thì sao?

Nếu quý vị nhập viện hoặc ở một cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà được chương trình chúng tôi đòi thọ, chúng tôi sẽ thường đòi thọ chi phí thuốc theo toa của quý vị trong thời gian quý vị lưu lại. Sau khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ đòi thọ các loại thuốc theo toa của quý vị miễn là thuốc đáp ứng tất cả các quy tắc của chúng tôi về đòi thọ được mô tả trong chương này.

Mục 9.2 Nếu quý vị là người sống tại một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)?

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng hoặc sử dụng một nhà thuốc cung cấp thuốc cho mọi người sống tại đó. Nếu quý vị là người sống tại một cơ sở LTC, quý vị có thể mua thuốc theo toa của quý vị thông qua nhà thuốc của cơ sở đó hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng chừng nào nhà thuốc đó còn trong mạng lưới của chúng tôi.

Hãy kiểm tra *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* (kp.org/directory) của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở Chăm Sóc Dài Hạn (LTC) hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không phải hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc hỗ trợ, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận được quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó?

Vui lòng tham khảo Mục 5.2 về nguồn cung cấp tạm thời hoặc khẩn cấp.

Mục 9.3 Nếu quý vị đang ở tại cơ sở chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao?

Chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả cùng một loại thuốc vào cùng một thời điểm. Nếu quý vị ghi danh với dịch vụ chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số thuốc nhất định (ví dụ: các thuốc chống nôn, các thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu) mà không được đài thọ bởi cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị vì nó không liên quan đến bệnh ở giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan của quý vị, chương trình chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp chăm sóc cuối đời rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình chúng tôi có thể đài thọ loại thuốc đó. Để ngăn chặn chậm trễ trong việc nhận những loại thuốc này mà chương trình của chúng tôi đài thọ, yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê toa cung cấp thông báo trước khi quý vị mua toa thuốc.

Trong trường hợp quý vị hủy bỏ lựa chọn chăm sóc cuối đời của mình hoặc được cho rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình chúng tôi cần phải đài thọ cho các thuốc của quý vị như được giải thích trong tài liệu này. Để phòng ngừa những chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị chấm dứt, hãy mang giấy tờ tài liệu đến nhà thuốc để xác minh tình trạng hủy bỏ hoặc ra viện của mình.

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

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

Chúng tôi tiến hành các duyệt xét việc sử dụng thuốc cho hội viên của chúng tôi để giúp bảo đảm rằng họ nhận được sự chăm sóc an toàn và thích hợp.

Chúng tôi thực hiện duyệt xét mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Chúng tôi cũng thường xuyên duyệt xét hồ sơ của chúng tôi. Trong những duyệt xét này, chúng tôi tìm những vấn đề có thể xảy ra chẳng hạn như:

- Những sai sót về thuốc có thể xảy ra.
- Những loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc tương tự khác để điều trị cùng một bệnh trạng.
- Những loại thuốc có thể không an toàn hoặc thích hợp do độ tuổi và giới tính của quý vị.
- Một số kết hợp các loại thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu dùng cùng một thời điểm.
- Những thuốc theo toa được chỉ định những loại thuốc có các thành phần làm cho quý vị dị ứng.
- Những sai sót có thể xảy ra về số lượng (liều lượng) của một loại thuốc mà quý vị đang dùng.
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn.

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

Mục 10.2 Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn các thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường xuyên bị lạm dụng khác. 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 người kê toa hoặc nhà thuốc hay nếu quý vị đã sử dụng quá liều opioid gần đây, chúng tôi có thể trao đổi với người kê toa 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 người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi nhận định việc sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa của quý vị có thể không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cho quý vị nhận những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, có thể có các giới hạn sau:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ (các) nhà thuốc nhất định.
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một người kê toa nào đó.
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ dài thọ cho quý vị.

Nếu chúng tôi có chương trình giới hạn việc quý vị có thể nhận được những loại thuốc này hoặc số lượng quý vị có thể nhận được, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. 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 người kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể hay không. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết người kê toa hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn sử dụng cũng như về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng cần chúng tôi nắm rõ. Sau khi quý vị có cơ hội trả lời, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm của quý vị đối với các loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư khác xác nhận giới hạn đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị có quyền khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị một quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến những giới hạn áp dụng cho quyền tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một người đánh giá độc lập ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu khiếu nại.

Quý vị sẽ không được đưa vào DMP của chúng tôi nếu quý vị mắc bệnh trạng nào đó, như đau do ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang được chăm sóc cuối đời, giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời hoặc sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn.

Mục 10.3 Chương trình Quản Lý Điều Trị Bằng Thuốc (MTM) để giúp các hội viên quản lý thuốc của họ

Chúng tôi có một chương trình để trợ giúp những hội viên của chúng tôi có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Chương trình của chúng tôi được gọi là chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Một nhóm các dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi nhận được nhiều lợi ích nhất từ các loại thuốc họ dùng.

Một số hội viên mắc một số bệnh mãn tính nhất định và dùng thuốc mà vượt quá khoản chi phí thuốc cụ thể hoặc tham gia DMP để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn, có thể nhận được các dịch vụ thông qua chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác sẽ cung cấp cho quý vị bản đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong quá trình xem xét, quý vị có thể nói chuyện về cách dùng thuốc của quý vị, chi phí của quý vị và bất cứ vấn đề hoặc thắc mắc mà quý vị muốn hỏi về thuốc theo toa và thuốc mua tự do của quý vị. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt bằng văn bản trong đó có danh sách việc cần làm được khuyến nghị bao gồm các bước quý vị cần thực hiện để đạt được kết quả tốt nhất từ thuốc của quý vị. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, liều lượng quý vị dùng, thời gian và lý do quý vị dùng chúng. Ngoài ra, các hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc kê toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được khuyến nghị. Mang theo bản tóm tắt khi đến khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, luôn cập nhật danh sách thuốc và mang theo bên quý vị (ví dụ: cùng với ID của quý vị) trong trường hợp quý vị phải đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có một chương trình hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi cho quý vị thông tin. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút tên quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về chương trình này, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

Chương 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D của mình

Làm thế nào quý vị có thể nhận được thông tin về chi phí thuốc của quý vị?

Bởi vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, nên quý vị đủ điều kiện và đang nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán các chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Do quý vị đang tham gia chương trình “Trợ Giúp Thêm”, **một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D không áp dụng cho quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phụ lục riêng biệt, được gọi là *Điều Khoản Bổ Sung Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Thêm khi Mua Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Điều Khoản Bổ Sung Trợ Cấp Thu Nhập Thấp* hoặc *Điều Khoản Bổ Sung LIS*), mà theo đó cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị chưa có phụ lục này, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên và hỏi xin *Điều Khoản Bổ Sung LIS*.

MỤC 1 Phần Giới Thiệu

Mục 1.1 Sử dụng chương này cùng với các tài liệu khác giải thích việc đài thọ thuốc của quý vị

Chương này tập trung vào những gì quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D. Để cho đơn giản, chúng tôi sử dụng từ **thuốc** trong chương này để nói về một thuốc theo toa Phần D. Như đã giải thích ở Chương 5, không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Phần D – một số loại thuốc bị pháp luật loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc được loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm Phần D sẽ được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc theo Medicaid.

Để hiểu thông tin thanh toán, quý vị cần biết những loại thuốc nào được đài thọ, nơi lấy thuốc theo toa của quý vị, và những quy tắc nào cần được tuân thủ khi quý vị nhận thuốc được đài thọ của quý vị. Chương 5, Mục 1 đến 4, giải thích những quy tắc này. Khi quý vị sử dụng “Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực” của chương trình chúng tôi để tra cứu bảo hiểm thuốc (xem Chương 5, Mục 3.3), chi phí hiển thị được đưa ra theo “thời gian thực” nghĩa là chi phí quý vị nhìn thấy 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 cũng có thể nhận thông tin do “Công cụ Lợi Ích Theo Thời gian Thực” cung cấp bằng cách gọi tới Dịch Vụ Hội Viên.

Mục 1.2 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể trả cho các thuốc được đài thọ của mình

Có nhiều loại chi phí tự trả khác nhau cho thuốc Phần D. Số tiền mà quý vị trả cho một loại thuốc được gọi là **phần chia sẻ chi phí**, và có ba cách thanh toán mà quý vị có thể được yêu cầu thanh toán.

- **Tiền khấu trừ** là số tiền quý vị trả cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu chi trả phần chia sẻ của chương trình.
- **Tiền đồng trả** là số tiền cố định quý vị trả mỗi khi mua thuốc theo toa.
- **Tiền đồng bảo hiểm** là tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí quý vị trả mỗi lần mua thuốc theo toa.

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

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

Những khoản thanh toán này được bao gồm trong chi phí tiền túi của quý vị

Chi phí tiền túi của quý vị bao gồm các khoản thanh toán được liệt kê bên dưới (miễn là chúng dành cho thuốc được đài thọ Phần D và quý vị đã tuân theo các quy tắc về đài thọ thuốc được giải thích trong Chương 5):

- Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc khi quý vị đang ở các giai đoạn thanh toán thuốc sau đây:
 - Giai Đoạn Khấu Trừ.
 - Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.
- Bất cứ khoản thanh toán nào mà quý vị đã trả trong suốt năm lịch này với tư cách là hội viên của một chương trình thuốc theo toa khác của Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Điều quan trọng là ai trả:

- Nếu quý vị **tự** thực hiện những khoản thanh toán này, chúng được đưa vào chi phí tự trả của quý vị.
- Những khoản thanh toán này *cũng được bao gồm* trong chi phí tự trả của quý vị nếu chúng được thực hiện thay mặt quý vị **bởi một số cá nhân hoặc tổ chức khác**. Bao gồm các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được trả bởi một người quý vị hoặc người thân, hầu hết các tổ chức từ thiện, các chương trình trợ cấp thuốc cho bệnh AIDS, chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở hoặc công đoàn, TRICARE hoặc Sở Y Tế Người Mỹ Bản Địa. Các khoản thanh toán được trả bởi Chương Trình “Extra Help” của Medicare cũng được tính vào.

Chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương:

Khi quý vị (hoặc những người trả thay cho quý vị) đã chi trả tổng cộng là **\$2,000** trong phần chi phí tiền túi trong năm lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Những khoản thanh toán này không được tính vào chi phí tự trả của quý vị

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

- Những loại thuốc mà quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Những loại thuốc mà không được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi.
- Những loại thuốc mà quý vị mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới và không đáp ứng các yêu cầu của chương trình chúng tôi về việc bảo hiểm ngoài mạng lưới.
- Thuốc không thuộc Phần D, bao gồm những loại thuốc theo toa được đài thọ theo Phần A hoặc Phần B và các loại thuốc khác không được Medicare đài thọ.
- Những khoản thanh toán cho thuốc của quý vị mà được trả bởi Cơ Quan Quản Lý Y Tế Cựu Chiến Binh (VA).
- Những khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được trả bởi một bên thứ ba có trách nhiệm pháp lý phải trả các chi phí thuốc theo toa (ví dụ: bồi thường người lao động).
- Các khoản thanh toán do nhà sản xuất thuốc thực hiện theo Chương Trình Giảm Giá của Nhà Sản Xuất.

Nhắc nhở: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác, như những tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí tự trả cho thuốc, quý vị phải thông báo cho chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Làm sao quý vị có thể theo dõi tổng chi phí tự trả của mình?

- **Chúng tôi sẽ giúp quý vị.** Báo cáo Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần D quý vị nhận được bao gồm khoản chi phí tự trả hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt đến **\$2,000**, báo cáo này sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã rời khỏi Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và đã chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi có được thông tin mà chúng tôi cần.** Mục 3.2 cho quý vị biết quý vị có thể làm gì để đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về số tiền quý vị đã chi trả được cập nhật và đầy đủ.

MỤC 2 Những gì quý vị phải trả cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán thuốc nào khi lấy thuốc đó

Mục 2.1 Các giai đoạn thanh toán thuốc dành cho hội viên Kaiser Permanente Dual Complete là gì?

Có ba **giai đoạn thanh toán thuốc** 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 việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi mua thuốc theo toa hoặc yêu cầu thêm thuốc. Chi tiết từng giai đoạn có trong Mục 4 tới Mục 6 của chương này. Các giai đoạn là:

Giai đoạn 1: Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm

Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Khởi Đầu

Giai đoạn 3: Giai đoạn bảo hiểm tai ương

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

Mục 3.1 Chúng tôi gửi cho quý vị bản tóm tắt hàng tháng được gọi là *Giải Thích Quyền Lợi Phần D (EOB Phần D)*

Chương trình của chúng tôi theo dõi các chi phí thuốc theo toa của quý vị và các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện khi quý vị mua hoặc mua thêm thuốc theo toa tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể cho quý vị biết khi nào quý vị đã chuyển từ một giai đoạn thanh toán thuốc này sang một giai đoạn thanh toán thuốc khác. Đặc biệt, có hai loại chi phí mà chúng tôi theo dõi:

- Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã trả. Đây được gọi là Chi Phí Tự Trả của quý vị. Bao gồm số tiền quý vị đã thanh toán khi nhận thuốc Phần D được đài thọ, bất cứ khoản thanh toán nào mà gia đình hoặc bạn bè chi trả cho thuốc của quý vị và bất cứ khoản thanh toán mà Medicare, các chương trình bảo hiểm y tế của hãng sở hoặc công đoàn, TRICARE, Sở Y Tế Người Mỹ Bản Địa, các chương trình trợ cấp thuốc điều trị Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS), tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Trợ Cấp Dược Phẩm của Tiểu Bang (SPAP) chi trả cho thuốc của quý vị thông qua “Trợ Giúp Thêm”.
- Chúng tôi theo dõi **Tổng Chi Phí Thuốc** của quý vị. Đây là tổng số tiền thanh toán cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Bao gồm những khoản mà chương trình đã thanh toán, những khoản mà quý vị đã thanh toán và những khoản mà các chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

Nếu quý vị đã mua một hoặc nhiều toa thuốc trong tháng trước đó, chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị một bản *EOB phần D*. *EOB Phần D* bao gồm:

- **Thông tin cho tháng.** Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Nó cho thấy tổng chi phí thuốc của quý vị, số tiền chương trình đã trả và số tiền quý vị và người khác đã trả thay cho quý vị.
- **Tổng số trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Đây được gọi là thông tin tới ngày hiện tại theo năm. Thông tin này cho thấy tổng chi phí thuốc và tổng các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về việc tăng giá từ yêu cầu thanh toán cho lần mua thuốc theo toa đầu tiên có cùng số lượng.
- **Có sẵn các thuốc theo toa thay thế chi phí thấp hơn.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc có sẵn khác có phần chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc theo toa có thể có sẵn, nếu được.

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

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán thuốc mà quý vị đã trả cho các loại thuốc, chúng tôi sử dụng hồ sơ mà chúng tôi nhận được từ các nhà thuốc. Sau đây là cách thức quý vị có thể giúp chúng tôi hiệu chỉnh và cập nhật thông tin của quý vị:

- **Trình thẻ hội viên của quý vị mỗi lần mua thuốc theo toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các thuốc theo toa quý vị đang mua và số tiền quý vị đang chi trả.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi có được thông tin mà chúng tôi cần.** Đôi khi quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí của một loại thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị. **Dưới đây là những ví dụ quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của quý vị:**
 - Khi quý vị mua một loại thuốc được đãi thọ tại một nhà thuốc trong mạng lưới với một mức giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi.
 - Khi quý vị thanh toán tiền đồng trả cho những loại thuốc mà được cung cấp theo một chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
 - Bất cứ lúc nào quý vị đã mua các loại thuốc được đãi thọ tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc những trường hợp khác khi quý vị đã trả trọn giá cho một loại thuốc được đãi thọ theo những trường hợp đặc biệt.

Nếu quý vị được lập hóa đơn cho một loại thuốc được đãi thọ, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, đi đến Chương 7, Mục 2.

- **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 cá nhân và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán do chương trình trợ cấp thuốc

điều trị Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS drug assistance program, AIDS), Sở Y Tế Người Mỹ Bản Địa và hầu hết các tổ chức từ thiện thực hiện sẽ được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Lưu giữ một hồ sơ về các khoản thanh toán này và gửi chúng cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.

- **Kiểm tra văn bản báo cáo mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được *EOB Phần D*, hãy xem qua để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó thiếu sót, hoặc nếu có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. 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 EOB Phần D của quý vị một cách an toàn. Hãy nhớ lưu giữ những hồ sơ này.

MỤC 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Bậc 1, 2, 3, 4 và 5 của mình

Bởi vì hầu hết các hội viên của chúng tôi được “Trợ Giúp Thêm” về chi phí thuốc theo toa của họ nên Giai Đoạn Khấu Trừ không áp dụng cho hầu hết các hội viên. Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Thêm” thì giai đoạn thanh toán này cũng sẽ không áp dụng cho quý vị.

Nếu quý vị không nhận được “Trợ Giúp Thêm”, Giai Đoạn Khấu Trừ sẽ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho việc đòi hỏi thuốc của quý vị. Các sản phẩm insulin được đòi hỏi và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin bệnh zona, bệnh uốn ván và vắc-xin du lịch sẽ không được áp dụng tiền khấu trừ. Quý vị sẽ trả tiền khấu trừ hàng năm là **\$580** cho thuốc Bậc 3, 4 và 5.

Quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Bậc 3, 4 và 5 cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ trong chương trình của quý vị. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ không phải trả bất cứ tiền khấu trừ nào. **Toàn bộ chi phí** thường thấp hơn giá đầy đủ thông thường của thuốc, vì chương trình của chúng tôi đã thương lượng chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc tại các nhà thuốc trong mạng lưới.

Khi quý vị đã thanh toán đủ **\$580** cho thuốc Bậc 3, 4 và 5, quý vị sẽ rời khỏi Giai Đoạn Khấu Trừ và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

MỤC 5 Trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình của chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chương trình cho thuốc của quý vị và quý vị trả phần chia sẻ của quý vị

Mục 5.1 Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc tùy thuộc vào loại thuốc đó và nơi quý vị mua thuốc theo toa của quý vị

Trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc theo toa được đòi hỏi của quý vị và quý vị trả phần chia sẻ của quý vị (số tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm của quý vị). Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy vào loại thuốc đó và nơi quý vị mua thuốc theo toa của quý vị.

Chương trình chúng tôi có sáu bậc chia sẻ chi phí

Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí của quý vị cho thuốc đó càng cao:

- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 1** đối với thuốc gốc được ưu tiên (bậc này bao gồm một số thuốc biệt dược).
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 2** đối với thuốc gốc (bậc này bao gồm một số thuốc biệt dược). Quý vị trả 0 USD đối với lượng thuốc đủ dùng mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được đài thọ ở bậc này.
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 3** cho các thuốc biệt dược được ưu tiên. Quý vị trả \$35 đối với lượng thuốc đủ dùng mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được đài thọ ở bậc này.
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 4** cho các thuốc không được ưu tiên (bậc này bao gồm cả thuốc gốc và thuốc biệt dược). Quý vị trả \$35 đối với lượng thuốc đủ dùng mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được đài thọ ở bậc này.
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 5** cho các thuốc bậc chuyên khoa (bậc này bao gồm cả thuốc gốc và thuốc biệt dược). Quý vị trả \$35 đối với lượng thuốc đủ dùng mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được đài thọ ở bậc này.
- Phần chia sẻ chi phí **Bậc 6** đối với vắc-xin tiêm Phần D (bậc này chỉ bao gồm các thuốc biệt dược).

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy xem trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

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 bán lẻ trong mạng lưới.
- Một nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi. Chúng tôi đài thọ thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong những tình huống giới hạn. Vui lòng xem Chương 5, Mục 2.5, để biết khi nào chúng tôi đài thọ thuốc theo toa được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện trong chương trình của chúng tôi.

Để biết thêm thông tin về những lựa chọn nhà thuốc này và mua toa thuốc của quý vị, xem Chương 5 và *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* (kp.org/directory).

Mục 5.2 Một bảng hiển thị chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng

Trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho một loại thuốc được đài thọ sẽ là số tiền đồng trả hoặc tiền đồng bảo hiểm.

Như hiển thị trong bảng dưới đây, số tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị lấy một lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với một loại thuốc theo toa Phần D được đài thọ:

Bậc	Phần chia sẻ chi phí bán lẻ (trong mạng lưới) (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)	Phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ gửi thuốc qua bưu điện (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)	Phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc dài hạn (Long-term care, LTC) (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày)	Phần chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm được giới hạn với một số tình huống; xem Chương 5 để biết chi tiết) (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)
Bậc 1 – Thuốc gốc được ưu tiên	\$0			
Bậc 2 – Thuốc gốc*	4% tiền đồng bảo hiểm	\$0	4% tiền đồng bảo hiểm	4% tiền đồng bảo hiểm
Bậc 3 – Thuốc biệt dược ưu tiên*	24% tiền đồng bảo hiểm			
Bậc 4 – Thuốc không ưu tiên*	25% tiền đồng bảo hiểm			
Bậc 5 – Thuốc bậc chuyên khoa*	25% tiền đồng bảo hiểm			
Bậc 6 – Vắc-xin tiêm chủng Phần D	\$0	Dịch vụ đặt mua thuốc qua bưu điện không khả dụng.		\$0

*Lưu ý: Quý vị sẽ không trả nhiều hơn **\$0** cho thuốc Bậc 2 hoặc **\$35** cho các loại thuốc Bậc 3–5 với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được đài thọ, bất kể bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán tiền khấu trừ của mình.

Xin vui lòng xem Mục 7 của chương này để biết thêm thông tin về phần chia sẻ chi phí cho vắc-xin Phần D.

Mục 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa một lượng thuốc ít hơn một tháng, quý vị có thể không phải trả chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong cả một tháng

Một cách cụ thể, số tiền mà quý vị trả cho một loại thuốc theo toa đủ để trả cho lượng thuốc đủ dùng trọn một tháng. Có thể có những lúc quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị nhận lượng thuốc dùng ít hơn một tháng (ví dụ: khi quý vị thử dùng thuốc lần đầu tiên). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa và dược sĩ phát lượng thuốc chưa đầy một tháng, nếu điều này sẽ giúp quý vị lập kế hoạch tốt hơn về ngày mua thuốc cho các toa thuốc khác nhau.

Nếu quý vị nhận được lượng thuốc chưa đầy một tháng của một số thuốc nào đó, quý vị sẽ không phải trả cho lượng thuốc chưa đầy một tháng đó.

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm thanh toán tiền đồng bảo hiểm, quý vị sẽ trả một *tỉ lệ phần trăm* trên tổng chi phí thuốc. Vì tiền đồng bảo hiểm dựa trên tổng chi phí của thuốc, chi phí của quý vị sẽ thấp hơn vì tổng chi phí cho thuốc sẽ thấp hơn.
- Nếu quý vị chịu trách nhiệm đồng trả cho thuốc, quý vị sẽ chỉ thanh toán cho số ngày thuốc mà quý vị nhận được thay vì cả tháng. Chúng tôi sẽ tính số tiền mà quý vị trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị (mức chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân số tiền đó với số ngày thuốc mà quý vị nhận được.

Mục 5.4 Một bảng cho biết chi phí của quý vị đối với lượng thuốc dài hạn (lên đến 90 ngày)

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là nguồn cung thuốc mở rộng). Một số lượng dài hạn có lượng thuốc tối đa dùng trong 90 ngày.

Bảng bên dưới cho biết số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận một lượng thuốc dài hạn (tối đa 90 ngày) cho một loại thuốc.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua lượng thuốc theo toa Phần D được đài thọ dài hạn:

Bậc	Phần chia sẻ chi phí bán lẻ (trong mạng lưới)	Phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ đặt mua qua bưu điện
	Lượng thuốc đủ dùng trong 31–90 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 31–90 ngày
Bậc 1 – Thuốc gốc được ưu tiên	\$0	
Bậc 2 – Thuốc gốc*	4% tiền đồng bảo hiểm	\$0
Bậc 3 – Thuốc biệt được ưu tiên*	24% tiền đồng bảo hiểm	
Bậc 4 – Thuốc không ưu tiên*	25% tiền đồng bảo hiểm	
Bậc 5 – Thuốc bậc chuyên khoa*	25% tiền đồng bảo hiểm	
Bậc 6 – Vắc-xin tiêm chủng Phần D	Lượng thuốc dài hạn không có sẵn.	

***Lưu ý:** Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn:

- \$0 cho nguồn cung cấp thuốc đủ dùng trong ba tháng đối với các loại thuốc Bậc 2 hoặc
- \$70 cho nguồn cung cấp thuốc đủ dùng trong hai tháng đối với các loại thuốc Bậc 3-5 hoặc
- 105 đô la cho nguồn cung cấp thuốc đủ dùng trong ba tháng đối với các loại thuốc Bậc 3–5 của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm bất kể bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ.

Mục 5.5 Quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi chi phí tự trả của quý vị trong năm đạt đến \$2,000

Quý vị ở lại Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi tổng chi phí tự chi trả của quý vị đạt \$2,000. Sau đó, quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị, chương trình của chúng tôi, và bất cứ bên thứ ba nào đã chi thay mặt quý vị trong năm. Không phải tất cả hội viên đều sẽ đạt đến giới hạn chi phí tự trả là \$2,000 trong một năm.

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến số tiền này. Nếu quý vị đạt đến số tiền này, quý vị sẽ rời khỏi Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương. Xem Mục 1.3 để biết cách Medicare tính toán chi phí tự trả của quý vị.

MỤC 6 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị

Quý vị bước vào Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương khi chi phí tự trả của quý vị đã đạt đến hạn mức \$2,000 của năm lịch. Một khi quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị sẽ ở lại giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm lịch.

Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả gì cho thuốc được đài thọ theo Phần D của mình.

MỤC 7 Vắc-xin Phần D. Số tiền mà quý vị trả phụ thuộc vào việc quý vị nhận ở đâu và khi nào

Thông Báo Quan Trọng Về Số Tiền Quý Vị Thanh Toán cho Vắc-xin – Một số loại vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được đài thọ theo Medicare Phần B. Các loại vắc-xin khác sẽ được coi 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 (Danh Mục Thuốc)* của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Tham khảo *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)* của chúng tôi 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 bảo hiểm của chúng tôi dành cho các chủng ngừa Phần D:

- Phần đầu tiên trong bảo hiểm là chi phí của **riêng vắc-xin**.
- Phần thứ hai của bảo hiểm là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. (Đôi khi đây được gọi là việc thực hiện chủng ngừa.)

Chi phí chủng ngừa Phần D của quý vị phụ thuộc vào ba điều:

- 1. Nếu vắc-xin được khuyến nghị dùng cho người trưởng thành bởi một tổ chức có tên là Ủy Ban Cố Vấn về Thực Hành Chủng Ngừa (ACIP).**
 - Hầu hết các loại vắc xin Phần D dành cho người lớn đều được ACIP khuyến nghị và quý vị không phải trả tiền.
- 2. Nơi quý vị nhận vắc-xin.**
 - Bản thân vắc-xin có thể được phân phối bởi một nhà thuốc hoặc do văn phòng bác sĩ cung cấp.
- 3. Ai cung cấp chủng ngừa đó cho quý vị.**
 - Dược sĩ hoặc nhà cung cấp khác có thể cung cấp vắc xin tại nhà thuốc. Ngoài ra, nhà cung cấp có thể cung cấp nó tại văn phòng bác sĩ.

Số tiền quý vị phải trả tại thời điểm được chủng ngừa theo Phần D có thể thay đổi tùy thuộc vào hoàn cảnh và việc quý vị đang ở **giai đoạn thanh toán thuốc** nào.

- Thỉnh thoảng khi quý vị được chủng ngừa, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí của cả vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp tiêm vắc-xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ chi phí mà quý vị đã thanh toán.
- Các trường hợp khác, khi quý vị được chủng ngừa, quý vị sẽ chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí theo quyền lợi Phần D của quý vị. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người trưởng thành, quý vị sẽ không phải trả tiền.

Dưới đây là ba ví dụ về các cách quý vị có thể nhận được vắc-xin Phần D:

Tình huống 1: Quý vị được chủng ngừa Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Việc quý vị có lựa chọn này hay không tùy thuộc vào nơi quý vị sinh sống. Một số tiểu bang không cho phép các nhà thuốc cung cấp một số vắc-xin nhất định.)

- 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 sẽ thanh toán cho nhà thuốc khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán cho chính vắc-xin đó, bao gồm chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị.
- Chương trình chúng tôi sẽ trả phần chi phí còn lại.

Tình huống 2: Quý vị nhận chủng ngừa Phần D tại văn phòng của bác sĩ quý vị.

- Khi quý vị nhận vắc-xin, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của riêng vắc-xin cùng chi phí cấp phát thuốc cho nhà cung cấp.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã thanh toán trừ đi bất kỳ khoản đồng bảo hiểm hay đồng thanh toán nào cho vắc-xin đó (bao gồm cả việc tiêm).

Tình huống 3: Quý vị mua riêng vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới, rồi sau đó mang đến văn phòng của bác sĩ quý vị để được tiêm vắc-xin.

- 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 vắc-xin phần D khác, quý vị sẽ thanh toán cho nhà thuốc tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền đồng trả cho riêng vắc-xin đó.

- Khi bác sĩ của quý vị cho quý vị nhận thuốc chủng ngừa đó, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ đó. Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các loại vắc xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã thanh toán trừ đi bất kỳ phần chia sẻ chi phí nào cho việc tiêm vắc-xin.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Miễn phí đối với vắc-xin Phần D được đài thọ và việc tiêm. Tuy nhiên, có thể phải trả phí thăm khám tại văn phòng nếu được chủng ngừa trong chuyến thăm khám tại văn phòng của nhà cung cấp.

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 y tế hoặc thuốc được đài thọ

MỤC 1 Các tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình đối với các dịch vụ và thuốc được đài thọ của quý vị. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị đã dùng, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi để chúng tôi có thể thanh toán. Khi quý vị gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ và thuốc có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định các dịch vụ đó cần được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare được chương trình đài thọ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị (việc hoàn trả cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn** cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị đã trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ theo chương trình chúng tôi. Có thể có những thời hạn mà quý vị phải đáp ứng để được hoàn trả. Vui lòng xem Mục 2 của chương này. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn mà quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn đó và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được chi trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định những dịch vụ đó nên được chi trả, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc.

Cũng có thể đôi khi quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận hoặc có thể nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị như được thảo luận trong tài liệu này. Đầu tiên hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu việc đó không được, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn đó và quyết định các dịch vụ đó có được đài thọ không. Nếu chúng tôi quyết định các dịch vụ đó cần được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không được trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí được chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này được ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

Sau đây là ví dụ về những tình huống mà quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc trả hóa đơn mà quý vị nhận được:

1. Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hay cần gấp từ một nhà cung cấp không trong mạng lưới của chương trình chúng tôi

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần gấp từ bất cứ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp đó có trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này, hãy yêu cầu nhà cung cấp lập hóa đơn cho chương trình.

- Nếu quý vị tự mình trả toàn bộ số tiền đó vào thời điểm 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, cùng với bằng chứng tài liệu về các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện.
- 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 đó, cùng với bằng chứng tài liệu về các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện.
 - Nếu có nợ nhà cung cấp đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
 - 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 một nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn, quý vị cho rằng quý vị không cần phải trả

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn gửi hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi. Nhưng đôi khi họ có nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị cho rằng đã tính nhiều hơn số tiền quý vị cần trả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề hóa đơn.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, 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. Quý vị cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại 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.

3. Nếu quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi nhưng được tính hiệu lực trở về trước

Đôi khi việc ghi danh của một người vào chương trình chúng tôi có hiệu lực trở về trước. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã qua rồi. Thậm chí ngày ghi danh có thể đã diễn ra vào năm trước.)

Nếu quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi với hiệu lực trở về trước, và quý vị đã trả chi phí tự trả cho bất cứ dịch vụ hay thuốc được đài thọ nào của quý vị sau ngày ghi danh của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị sẽ cần phải nộp các giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý việc hoàn trả.

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

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

Giữ lại biên nhận của quý vị và gửi cho chúng tôi bản sao khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ đài thọ cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Mục 2.5 để thảo luận về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ thanh toán tại nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình của quý vị

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình của quý vị, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tìm thông tin ghi danh chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu nhà thuốc đó không thể lấy thông tin ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể cần tự trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa. Giữ lại biên nhận của quý vị và gửi cho chúng tôi bản sao khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu giá tiền quý vị đã trả cao hơn giá thương lượng của chúng tôi đối với toa thuốc.

6. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa trong những tình huống khác

Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì quý vị nhận thấy rằng thuốc đó không được đài thọ vì lý do nào đó.

- Ví dụ: loại thuốc có thể không có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)* của chúng tôi; hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là sẽ áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định lấy thuốc đó ngay lập tức, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc đó.
- Giữ lại biên nhận của quý vị và gửi cho chúng tôi một bản sao khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Trong một số tình huống, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu giá tiền quý vị đã trả cao hơn giá thương lượng của chúng tôi đối với toa thuốc.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem liệu dịch vụ hoặc thuốc có được đài thọ hay không. Đây được gọi là **quyết định bảo hiểm**. Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ đó cần được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí của mình cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tài liệu này có thông tin về cách khiếu nại.

MỤC 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được

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. 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, vật dụng hoặc thuốc.

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 giấy tờ chứng minh.
- Tải xuống bản sao mẫu đơn từ trang mạng (kp.org) hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để hỏi xin cấp biểu mẫu. 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 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.

Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất cứ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán nào qua bưu điện cho chúng tôi theo địa chỉ sau:

Kaiser Permanente
Claims Department
Hawaii Region
P.O. Box 378021
Denver, CO 80237

MỤC 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và cho quý vị biết chúng tôi đồng ý hay không đồng ý

Mục 3.1 Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có nên đài thọ cho dịch vụ hay thuốc không và chúng tôi cần thanh toán bao nhiêu

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có cần thêm thông tin từ quý vị không. Nếu không, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định đài thọ.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được đài thọ và quý vị cũng đã tuân theo tất cả các quy tắc, thì chúng tôi sẽ thanh toán cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản bồi hoàn mà quý vị đã trả cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể không được bồi hoàn toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền quý vị đã thanh toán cho thuốc cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị chưa trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán đó trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng việc chăm sóc y tế hoặc thuốc đó *không được* đài thọ, hoặc quý vị đã *không* tuân theo mọi quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc hoặc dịch vụ chăm sóc đó. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích lý do tại sao chúng tôi không thực hiện khoản thanh toán và quý vị có các quyền khiếu nại quyết định đó.

Mục 3.2 Nếu chúng tôi thông báo cho quý vị rằng chúng tôi sẽ không trả tất cả hoặc một phần chi phí của dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc đó, quý vị có thể khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc số tiền mà chúng tôi trả, quý vị có thể khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị. Quy trình khiếu nại là một quy trình chính thức với những thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để biết chi tiết về cách khiếu nại này, đi tới Chương 9 của tài liệu này.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

MỤC 1 Chúng tôi phải tôn trọng các quyền và các yếu tố nhạy cảm văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Mục 1. Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và phù hợp với những nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bản cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu)

Chương trình của chúng tôi phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch, máy chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại tin nhắn hoặc điện thoại máy đánh chữ).

Chương trình chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp những thắc mắc từ hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng bản cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi trong chương trình của chúng tôi bằng định dạng có thể truy cập và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

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

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi cho một chuyên khoa không có sẵn, chúng tôi có trách nhiệm tìm các nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới mà sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy mình ở trong trường hợp không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chúng tôi để biết thông tin về nơi cần đến để có được dịch vụ này với phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể truy cập và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để nộp đơn khiếu nại với Dịch vụ Thành viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp tới Văn Phòng Dân Quyền 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Mục 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ của quý vị

Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi để cung cấp và sắp xếp cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị. Quý vị cũng có quyền đến khám bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ (như bác sĩ phụ khoa) mà không cần giấy giới thiệu, cũng như các nhà cung cấp khác được mô tả trong Chương 3 Mục 2.2.

Quý vị có quyền đặt các cuộc hẹn và dịch vụ được đài thọ từ mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi *trong khoảng thời gian hợp lý*. Điều này bao gồm cả quyền được nhận dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc đó. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua thêm thuốc theo toa tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.

Nếu quý vị cho rằng quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phân D trong một khoảng thời gian hợp lý, Chương 9 cho biết quý vị có thể làm gì.

Mục 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Các quy định luật lệ liên bang và tiểu bang bảo vệ sự riêng tư của các hồ sơ y tế và các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo quy định của các luật này.

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm **thông tin cá nhân** mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi quý vị ghi danh tham gia vào chương trình chúng tôi cũng như hồ sơ y tế của quý vị và các thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Quý vị có các quyền liên quan đến thông tin của quý vị và kiểm soát việc thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng như thế nào. Chúng tôi cấp cho quý vị một văn bản thông báo, được gọi là *Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư*, cho biết về các quyền này và giải thích cách thức chúng tôi bảo vệ sự riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi bảo vệ sự riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị như thế nào?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không có thẩm quyền sẽ không xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ các trường hợp được lưu ý dưới đây, nếu chúng tôi định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc trả tiền dịch vụ chăm sóc của quý vị, *chúng tôi trước tiên phải xin quý vị hoặc người nào đó được quý vị cho phép về mặt pháp lý đưa ra quyết định hộ quý vị cho phép bằng văn bản*.
- Có một số trường hợp ngoại lệ mà không bắt buộc chúng tôi phải lấy văn bản cho phép từ quý vị trước. Những trường hợp ngoại lệ này được cho phép hoặc được quy định theo pháp luật.
 - Chúng tôi phải tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các cơ quan chính phủ mà đang kiểm tra chất lượng chăm sóc.

- Vì quý vị là hội viên của chương trình chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm cả thông tin về thuốc theo toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị để nghiên cứu hoặc cho các mục đích sử dụng khác, điều này sẽ được thực hiện theo các quy chế và quy định của liên bang; thông thường, việc này cần có thông tin định danh duy nhất của quý vị mà không được chia sẻ.

Quý vị có thể xem thông tin đó trong hồ sơ của quý vị và biết thông tin đó đã được tiết lộ với người khác như thế nào

Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của quý vị mà chương trình chúng tôi lưu giữ và lấy bản sao hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép tính quý vị một khoản phí sao chép. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi thực hiện những bổ sung hoặc chỉnh sửa trong 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 những thay đổi đó có cần được thực hiện hay không.

Quý vị có quyền được biết thông tin sức khỏe của quý vị đã được tiết lộ như thế nào với những người khác nhằm những mục đích không thông lệ.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc về quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Mục 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình của chúng tôi, mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi và các dịch vụ được đài thọ của quý vị

Là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị có quyền lấy một số thông tin từ chúng tôi.

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

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Thông tin này bao gồm, ví dụ: thông tin về tình trạng tài chính của chương trình chúng tôi.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền lấy thông tin từ chúng tôi về trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách thức chúng tôi thanh toán cho các cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy định mà quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của quý vị.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D.
- **Thông tin về lý do tại sao mục gì đó không được đài thọ và quý vị có thể làm gì về việc đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được đài thọ hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị

giới hạn. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là khiếu nại.

Mục 1.5 Chúng tôi phải ủng hộ quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Các nhà cung cấp của quý vị phải giải thích bệnh trạng của quý vị và các lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách mà quý vị có thể hiểu được*.

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với các bác sĩ của quý vị về biện pháp điều trị tốt nhất cho quý vị, các quyền của quý vị bao gồm như sau:

- **Biết về mọi lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho tình trạng của quý vị, bất kể chúng có chi phí bao nhiêu hoặc liệu chúng có được chương trình của chúng tôi đài thọ không. Nó cũng bao gồm việc được cho biết về các chương trình mà chương trình chúng tôi cung cấp để giúp hội viên quản lý thuốc dùng và sử dụng thuốc an toàn.
- **Biết về các rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về mọi rủi ro trong dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được cho biết trước liệu bất cứ dịch vụ chăm sóc y tế hay biện pháp điều trị được đề nghị có thuộc một thử nghiệm nghiên cứu hay không. Quý vị luôn luôn có lựa chọn từ chối bất cứ biện pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền nói “không.”** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được đề nghị. Điều này bao gồm cả quyền rời khỏi bệnh viện hay cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời khỏi. Quý vị cũng có quyền ngưng dùng thuốc của quý vị. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hay ngưng dùng thuốc, quý vị phải chấp nhận toàn bộ trách nhiệm về điều xảy ra với cơ thể quý vị do quyết định đó.

Quý vị có quyền đưa ra hướng dẫn về những việc cần được thực hiện nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định y tế

Đôi khi mọi người không thể tự mình đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe do gặp tai nạn hay mắc bệnh nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói ra điều quý vị muốn diễn ra nếu quý vị rơi vào tình huống này. Điều này có nghĩa là, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- Điền một văn bản cấp cho **một người nào đó có thẩm quyền hợp pháp để đưa ra quyết định y tế thay cho quý vị** nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách thức quý vị muốn họ xử lý dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định.

Các văn bản pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra trước các chỉ dẫn của quý vị trong những tình huống này được gọi là **chỉ thị trước**. Có nhiều loại bản chỉ dẫn trước và nhiều tên gọi khác nhau cho chúng. Giấy tờ được gọi là **ý nguyện trị liệu** và **giấy ủy quyền cho chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ về chỉ thị trước.

Nếu quý vị muốn sử dụng một bản chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn của mình, đây là những việc cần làm:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy một mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư của quý vị, từ nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng cung cấp văn phòng phẩm. Đôi khi quý vị có thể lấy các bản chỉ dẫn trước từ các tổ chức mà cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare. Quý vị cũng có thể liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu cấp mẫu đơn.
- **Điền mẫu đơn và ký tên.** Cho dù quý vị lấy mẫu đơn này từ nơi nào, nhưng hãy nhớ rằng đó là một văn bản pháp lý. Quý vị nên cân nhắc nhờ một luật sư giúp quý vị chuẩn bị văn bản đó.
- **Cung cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị cần cung cấp bản sao của mẫu đơn đó cho bác sĩ của quý vị và cho người mà quý vị nêu tên trên mẫu đơn, là người có thể đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể. 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 quý vị biết trước thời gian quý vị sẽ nhập viện và quý vị đã ký tên vào bản chỉ thị trước, hãy mang theo một bản đến bệnh viện.

- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị liệu quý vị đã có mẫu đơn chỉ thị trước đã ký tên hay chưa và liệu quý vị có mang theo mẫu đơn này không.
- Nếu quý vị chưa ký tên vào một bản chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn những mẫu đơn và sẽ hỏi quý vị xem quý vị có muốn ký tên vào một bản không.

Hãy nhớ quý vị có muốn điền vào chỉ thị trước hay không là lựa chọn của quý vị (bao gồm việc quý vị có muốn ký một bản hay không nếu quý vị đang ở trong bệnh viện). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc cho quý vị hay phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị có ký tên vào một bản chỉ thị trước không.

Nếu những hướng dẫn của tôi không được thực hiện thì sao?

Nếu quý vị đã ký vào chỉ thị trước và quý vị tin rằng bác sĩ hay bệnh viện đã không tuân thủ theo các hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn than phiền lên Văn Phòng Đảm Bảo Chăm Sóc Sức Khỏe, Sở Y Tế Tiểu Bang Hawaii, bằng cách gọi đến số (808) 692-7420 hay viết thư gửi tới Department of Health, Medicare Section, 601 Kamokila Boulevard, Room 395, Kapolei, HI 96707.

Mục 1.6 Quý vị có quyền than phiền và yêu cầu chúng tôi xem xét lại những quyết định mà chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, lo ngại hoặc than phiền nào và cần yêu cầu đài thọ, hoặc khiếu nại, Chương 9 của tài liệu này cho quý vị biết quý vị có thể làm gì. Cho dù quý vị làm gì – yêu cầu một quyết định bảo hiểm, khiếu nại hay than phiền – **chúng tôi phải đối xử với quý vị một cách công bằng.**

Mục 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị cho rằng quý vị đang bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu đó là về việc phân biệt đối xử, xin gọi cho Văn Phòng Dân Quyền

Nếu quý vị cho rằng quý vị đã bị đối xử bất công, quý vị không được ghi nhận phẩm giá hoặc các quyền của quý vị đã không được tôn trọng vì chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, sắc tộc, tín ngưỡng (niềm tin), độ tuổi, xu hướng tình dục hay nguồn gốc quốc gia của quý vị, quý vị nên gọi đến **Văn Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697, hoặc gọi cho Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị.

Đó có phải về điều gì khác không?

Nếu quý vị cho rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng, và đó *không phải* về việc phân biệt đối xử, quý vị có thể được trợ giúp để xử lý vấn đề mà quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.**
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP.** Để biết chi tiết, đi tới Chương 2, Mục 3.
- Hoặc là, **quý vị có thể gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).
- Quý vị có thể gọi cho Ban Med-QUEST của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh. Để biết chi tiết, đi tới Chương 2, Mục 6.
- Hoặc là, quý vị có thể gọi cho Văn Phòng Thanh Tra Viên của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hawaii. Để biết chi tiết, đi tới Chương 2, Mục 6.

Mục 1.8 Làm thế nào để có thêm thông tin về các quyền của quý vị

Có một số địa điểm nơi quý vị có thể lấy thêm thông tin về các quyền của quý vị:

- Quý vị có thể **gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.**
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP.** Để biết chi tiết, đi tới Chương 2, Mục 3.
- Quý vị có thể liên lạc với **Medicare.**

- Quý vị có thể truy cập trang mạng của Medicare để đọc và tải xuống ấn phẩm *Medicare Rights & Protections*. (Ấn phẩm có sẵn tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- Hoặc là, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

Mục 1.9 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 đài thọ. Những công nghệ này bao gồm những thủ thuật y tế, thiết bị y tế và thuốc mới.

Mục 1.10 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.

MỤC 2 Với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có một số trách nhiệm

Những việc quý vị cần làm với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi được liệt kê bên dưới. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

- **Làm quen với những dịch vụ được đài thọ của quý vị và những quy định mà quý vị phải tuân theo để nhận những dịch vụ được đài thọ này.** Sử dụng *Chứng Từ Bảo Hiểm* này để tìm hiểu quý vị được đài thọ những gì và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ được đài thọ.
 - Các Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Các Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Nếu quý vị có bất cứ bảo hiểm sức khỏe hay bảo hiểm thuốc theo toa khác nào khác cùng với chương trình chúng tôi, quý vị phải thông báo cho chúng tôi.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp những quyền lợi này.
- **Hãy nói cho bác sĩ của quý vị và những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác rằng quý vị ghi danh tham gia vào chương trình chúng tôi.** Trình thẻ hội viên chương trình của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc hay thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Giúp bác sĩ của quý vị và những nhà cung cấp khác để họ có thể giúp quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt ra những câu hỏi và thực hiện theo việc chăm sóc cho quý vị.**

- Để giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Thực hiện các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã đồng ý.
- Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê toa, vitamin và thuốc bổ.
- Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, chắc chắn hãy hỏi và nhận câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **Quan tâm đến người khác.** Chúng tôi mong tất cả hội viên của chúng tôi tôn trọng quyền của bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị hành xử theo một cách mà giúp cho việc quản lý được thuận lợi tại văn phòng của bác sĩ quý vị, bệnh viện và văn phòng khác.
- **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:
 - Quý vị phải tiếp tục trả các mức phí bảo hiểm cho Medicare của mình để tiếp tục là hội viên trong chương trình của chúng tôi.
 - Đối với hầu hết các dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị được đài thọ theo chương trình chúng tôi, quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của quý vị khi nhận các dịch vụ hay thuốc đó.
 - Nếu quý vị phải trả thêm số tiền cho Phần D vì thu nhập của quý vị cao hơn (như đã báo cáo trong tờ khai thuế gần đây nhất của quý vị), quý vị phải tiếp tục trả số tiền bổ sung trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục là hội viên trong chương trình của chúng tôi.
- **Nếu quý vị di chuyển trong phạm vi khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi, chúng tôi cần biết** để chúng tôi có thể cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình chúng tôi.**
- Nếu quý vị chuyển nhà đi, quý vị cũng cần phải báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hay Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa).

Chương 9: Quý vị cần làm gì khi gặp vấn đề khó khăn hoặc than phiền (quyết định đài thọ, khiếu nại, than phiền)

MỤC 1 Phân Giới Thiệu

Mục 1.1 Những việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và mối quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề của quý vị tùy thuộc vào loại vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình xin quyết định bảo hiểm và khiếu nại**.
- Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình than phiền**; còn được gọi là phàn nàn.

Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục, và thời hạn mà quý vị và chúng tôi phải tuân theo.

Mục 3 sẽ giúp quý vị xác định quy trình phù hợp để sử dụng và việc quý vị cần làm.

Mục 1.2 Về các thuật ngữ pháp lý thì sao?

Có những thuật ngữ pháp lý cho một số quy tắc, thủ tục và loại thời hạn được giải thích tại chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu. Để làm cho mọi việc dễ dàng hơn, chương này:

- Sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ: chương này thường đề cập đến việc làm đơn than phiền hơn là nộp đơn phàn nàn, quyết định bảo hiểm hơn là xác định của tổ chức hợp nhất hay xác định việc đài thọ hoặc xác định việc gặp rủi ro, và tổ chức duyệt xét độc lập thay vì Thực Thể Duyệt Xét Độc Lập.
- Những từ viết tắt cũng không được sử dụng nhiều.

Tuy nhiên, việc đó có thể hữu ích – đôi khi khá quan trọng – để quý vị biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Biết sử dụng thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn để nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết cần sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi đưa vào những thuật ngữ pháp lý khi chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết về việc xử lý các loại tình huống cụ thể.

MỤC 2 Nơi để có thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có than phiền về việc điều trị của chúng tôi cho quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền được than phiền của quý vị. Do đó, quý vị cần luôn liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp. Nhưng trong một số tình huống, quý vị cũng có thể cần sự trợ giúp hay hướng dẫn từ một người không liên kết với chúng tôi. Dưới đây là hai thực thể có thể hỗ trợ quý vị.

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP)

Mỗi tiểu bang có một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo. Chương trình này không được liên kết với chúng tôi hay với bất cứ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Các cố vấn tại chương trình này có thể giúp quý vị hiểu cần sử dụng quy trình nào để xử lý một vấn đề mà quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể giải đáp những thắc mắc của quý vị, cung cấp cho quý vị thêm thông tin và hướng dẫn về những điều cần làm.

Dịch vụ từ cố vấn SHIP được cung cấp miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL trang mạng trong Chương 2, Mục 3 của tài liệu này.

Medicare

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

- Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị có thể truy cập trang mạng của Medicare (www.medicare.gov).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicaid

Để biết thêm thông tin và được trợ giúp giải quyết vấn đề, quý vị cũng có thể liên lạc Bộ Phận Med QUEST của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (chương trình Medicaid của Hawaii).

Sau đây là hai cách để lấy thông tin trực tiếp từ Medicaid:

- Quý vị có thể gọi 1-808-524-3370 hoặc 1-800-316-8005. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.
- Quý vị có thể truy cập trang mạng Ban Med-QUEST của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (www.medquest.hawaii.gov).

MỤC 3 Tìm hiểu về than phiền và khiếu nại về Medicare và Medicaid trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và nhận trợ giúp từ Medicaid. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** quyền lợi Medicare và Medicaid 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 Medicaid.

Đôi khi các quy trình của Medicare và Medicaid không được kết hợp. Trong những trường hợp đó, quý vị sử dụng quy trình Medicare để nhận quyền lợi được Medicare đài thọ và quy trình Medicaid cho quyền lợi được Medicaid đài thọ. Những tình huống này được giải thích ở **Mục 6.4** trong chương này, *Từng bước một: Hoàn thành khiếu nại Cấp 2 như thế nào.*

VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI CỦA QUÝ VỊ

MỤC 4 Quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Nếu quý vị gặp vấn đề hay có mối quan ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần trong chương này mà áp dụng với tình huống của quý vị. Thông tin bên dưới sẽ giúp quý vị tìm đúng mục của chương này để giải quyết các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền lợi được Medicare hoặc Medicaid đài thọ.**

Có phải vấn đề hay quan ngại của quý vị là về các quyền lợi hay đài thọ của quý vị không?

Trong đó bao gồm các vấn đề về việc các dịch vụ chăm sóc y tế (các hạng mục y tế, dịch vụ và/hoặc các thuốc theo toa phần B) có được đài thọ hay không, cách thức đài thọ, và các vấn đề liên quan đến thanh toán đối với dịch vụ chăm sóc y tế.

Có.

Chuyển đến mục tiếp theo tại chương này, **Mục 5, Hướng dẫn những thông tin cơ bản về quyết định bảo hiểm và khiếu nại.**

Không.

Bỏ qua đến **Mục 11** tại cuối chương này, **Hướng dẫn than phiền về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hay những quan ngại khác.**

MỤC 5 Hướng dẫn những thông tin cơ bản về quyết định bảo hiểm và khiếu nại.

Mục 5.1 Yêu cầu quyết định bảo hiểm và khiếu nại: cái nhìn bao quát

Các quyết định bảo hiểm và khiếu nại xử lý những vấn đề liên quan đến những quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị cho những dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và các thuốc theo toa Phần B, bao gồm cả thanh toán). Để đơn giản hóa mọi việc, chúng tôi thường gọi các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc theo toa Medicare Phần B là chăm sóc y tế. Quý vị sử dụng quyết định đài thọ và quy trình kháng cáo cho các vấn đề như liệu điều gì đó có được đài thọ hay không và cách thức điều gì đó được đài thọ.

Yêu cầu các quyết định bảo hiểm trước khi nhận quyền lợi

Quyết định đài thọ là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị giới thiệu quý vị đến một chuyên gia y tế không nằm trong mạng lưới, thì việc giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm được tán thành trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với chuyên gia y tế này, hoặc là *Chứng Từ Bảo Hiểm* nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được chi trả dưới bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hay bác sĩ của quý vị cũng có thể liên lạc với chúng tôi và yêu cầu một quyết định đài thọ, nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi sẽ đài thọ một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần đến. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ cho chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ 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 thời điểm yêu cầu bị từ chối bao gồm nếu yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được pháp luật cho phép làm như vậy hoặc nếu quý vị xin 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 để giải thích lý do tại sao yêu cầu đó bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ đó.

Chúng tôi sẽ đưa ra một quyết định đài thọ cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định đài thọ cho quý vị những gì và chúng tôi trả bao nhiêu. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng chăm sóc y tế không được hoặc không còn được Medicare đài thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đài thọ này, quý vị có thể khiếu nại.

Khiếu nại

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, cho dù trước hay sau khi nhận được quyền lợi và quý vị không hài lòng, 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. Trong một số tình huống nhất định mà chúng tôi sẽ thảo luận ở phần sau, quý vị có thể yêu cầu một khiếu nại

nhanh hoặc cấp tốc đối với một quyết định đài thọ. Đơn khiếu nại của quý vị được xử lý bởi những người duyệt xét khác mà không phải những người đã đưa ra quyết định ban đầu.

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 duyệt xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có thực hiện đúng mọi quy tắc không. Khi chúng tôi đã hoàn tất việc duyệt xét, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ bác bỏ yêu cầu của quý vị đối với khiếu nại Cấp 1, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm yêu cầu bị từ chối bao gồm nếu yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được pháp luật cho phép làm như vậy hoặc nếu quý vị xin rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu đối với khiếu nại Cấp 1, 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.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần khiếu nại Cấp 1 của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế, khiếu nại của quý vị sẽ tự động chuyển sang khiếu nại Cấp 2 do một tổ chức xét duyệt độc lập không liên kết với chúng tôi thực hiện.

- Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng cáo Cấp 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi khiếu nại của quý vị đối với việc chăm sóc y tế lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với khiếu nại Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Mục 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.
- Đối với khiếu nại thuộc Phần D, nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ cần phải yêu cầu khiếu nại Cấp 2. Khiếu nại Phần D sẽ được thảo luận thêm trong Mục 7 của chương này.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại khiếu nại Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục đi tới các cấp khiếu nại bổ sung (Mục 10 trong chương này giải thích các quy trình khiếu nại Cấp 3, 4 và 5).

Mục 5.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại

Sau đây là những nguồn lực nếu quý vị quyết định yêu cầu bất cứ loại quyết định đài thọ nào hay khiếu nại một quyết định:

- **Quý vị có thể gọi cho chúng tôi ở Dịch Vụ Hội Viên.**
- **Quý vị có thể nhận được trợ giúp miễn phí** từ Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể đưa ra yêu cầu thay cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp khiếu nại qua Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu cấp mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện. (Biểu mẫu này cũng có sẵn trên trang mạng của Medicare)

tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org.)

- Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm hay một khiếu nại Cấp 1 thay cho quý vị. Nếu khiếu nại của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, nó sẽ tự động được chuyển tiếp đến Cấp 2.
- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác yêu cầu tiếp tục sử dụng dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận trong quá trình khiếu nại, quý vị **có thể** cần chỉ định bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác làm người đại diện để hành động thay mặt quý vị.
- Đối với các thuốc theo toa Phân D, bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm hay khiếu nại Cấp 1 thay cho quý vị. Nếu khiếu nại Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu khiếu nại Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó hành động thay cho quý vị.** Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định một người khác hành động cho quý vị như người đại diện của quý vị để yêu cầu một quyết định đài thọ hay khiếu nại.
 - Nếu quý vị muốn một người quý vị, người thân hoặc người khác làm người đại diện cho mình, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện. (Biểu mẫu này cũng có sẵn trên trang mạng của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org.) Mẫu đơn cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Mẫu đơn đó phải có chữ ký của quý vị và của người mà quý vị muốn hành động thay cho quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao mẫu đơn đã được ký tên.
 - Cho dù chúng tôi có thể tiếp nhận một yêu cầu khiếu nại mà không có mẫu đơn đó nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hay hoàn tất việc duyệt xét của chúng tôi cho đến khi chúng tôi nhận được nó. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trước thời hạn ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị, yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu tổ chức duyệt xét độc lập để duyệt xét việc chúng tôi quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên lạc luật sư riêng của mình, hoặc tìm tên luật sư từ đoàn luật sư tại địa phương quý vị hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có các nhóm cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê một luật sư** để yêu cầu bất cứ loại quyết định bảo hiểm nào hay khiếu nại một quyết định.

Mục 5.3 Mục nào trong chương này cung cấp thông tin chi tiết cho tình huống của quý vị?

Có 4 trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Vì mỗi tình huống có những quy định và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho mỗi loại trong từng mục riêng:

- **Mục 6** của chương này, “Chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại”
- **Mục 7** của chương này, “Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại”
- **Mục 8** của chương này, “Hướng dẫn yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm”
- **Mục 9** của chương này, “Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ các dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng đài thọ của mình sắp kết thúc quá sớm (Mục này chỉ áp dụng cho những dịch vụ sau: các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)”

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

MỤC 6 Chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định đài thọ hoặc làm khiếu nại quyết định đài thọ

Mục 6.1 Mục này cho biết những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận bảo hiểm cho 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.

Phần này nói về các quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị. Những quyền lợi này được trình bày trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và số tiền quý vị phải trả)*. Trong một số trường hợp, có áp dụng các quy tắc khác nhau đối với yêu cầu mua thuốc theo toa Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc áp dụng cho thuốc theo toa Phần B khác với các quy tắc về các vật dụng và dịch vụ y tế như thế nào.

Mục này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị rơi vào bất cứ tình huống nào sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Mục 6.2.**
2. Chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác muốn cung cấp cho quý vị và quý vị cho rằng

chương trình của chúng tôi đòi thọ cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Mục 6.2.**

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho là chương trình của chúng tôi nên đòi thọ, nhưng chúng tôi đã nói là chúng tôi sẽ không trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Khiếu nại. Mục 6.3.**
4. Quý vị đã nhận được và đã trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho là chương trình của chúng tôi nên đòi thọ, và quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bồi hoàn dịch vụ chăm sóc này cho quý vị. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Mục 6.5.**
5. Quý vị được cho biết rằng khoản đòi thọ cho một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã và đang nhận được (chúng tôi đã phê chuẩn cho những dịch vụ đó trước đây) sẽ bị giảm bớt hay ngưng lại, và quý vị cho rằng việc giảm bớt hay ngưng lại dịch vụ chăm sóc này có thể làm tổn hại đến sức khỏe của quý vị. **Khiếu nại. Mục 6.4.**

Lưu ý: Nếu đòi thọ sẽ bị dừng là dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF), quý vị cần đọc Các Mục 8 và 9 của chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại chăm sóc này.

Mục 6.2 Từng bước một: Cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm

Thuật Ngữ Pháp Lý

Khi một quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, đó được gọi là **xác định của tổ chức.**

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **xác định cấp tốc.**

Bước 1: Quyết định liệu quý vị cần quyết định bảo hiểm thông thường hay quyết định bảo hiểm nhanh.

Quyết định bảo hiểm thông thường thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. **Quyết định bảo hiểm nhanh** thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với các dịch vụ y tế, 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để nhận được một quyết định đòi thọ nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị có thể *chỉ yêu cầu* đòi thọ cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ y tế (không được yêu cầu thanh toán cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ đã nhận được).
- Quý vị có thể nhận được một quyết định bảo hiểm nhanh *chỉ khi* việc sử dụng các thời hạn thông thường có thể *gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hay làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị.*

- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi một quyết định đài thọ nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cấp cho quý vị một quyết định đài thọ nhanh.
- Nếu quý vị tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định liệu sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi cấp một quyết định bảo hiểm nhanh hay không. Nếu chúng tôi không chấp thuận một quyết định đài thọ nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn thông thường
 - Giải thích nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh về quyết định của chúng tôi là cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm thông thường thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu

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

- Bắt đầu bằng việc gọi điện thoại, viết thư hay gửi fax tới chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị để chúng tôi phê chuẩn hay cung cấp đài thọ cho việc chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hay người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị đề nghị đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế và đưa ra một câu trả lời cho quý vị.

Đối với quyết định bảo hiểm thông thường, chúng tôi sử dụng các thời hạn thông thường.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế**. Nếu yêu cầu của quý vị là về **thuốc theo toa Medicare Phần B**, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dùng thêm tối đa 14 ngày lịch** nếu yêu cầu của quý vị về vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dùng thêm ngày, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không cần* thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh. Chúng tôi sẽ trả lời đơn than phiền của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình lập thủ tục than phiền khác với quy trình xin quyết định đài thọ và khiếu nại. Xem Mục 11 của chương này để biết thông tin về đơn than phiền.)

Để có quyết định Bảo Hiểm Nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian cấp tốc

Quyết định đài thọ nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là về vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dùng thêm tới 14 ngày lịch nữa**. Nếu chúng tôi dùng thêm ngày, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không cần* thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh. (Xem Mục 11 của chương này để biết thông tin về đơn than phiền.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản trình bày giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị có thể khiếu nại.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách khiếu nại. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị khiếu nại, có nghĩa là quý vị tiếp tục với Cấp 1 của quy trình khiếu nại.

Mục 6.3 Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý

Một khiếu nại với chương trình của chúng tôi về một quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là **tái xem xét**.

Khiếu nại nhanh còn được gọi là **tái xem xét cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần khiếu nại thông thường hay khiếu nại nhanh.

Khiếu nại thông thường thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với thuốc Phần B. **Khiếu nại nhanh** thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị đang khiếu nại một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có cần một khiếu nại nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi một khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cấp cho quý vị một khiếu nại nhanh.

- Những yêu cầu khi xin khiếu nại nhanh giống như những yêu cầu khi xin một quyết định bảo hiểm nhanh tại Mục 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi khiếu nại hoặc khiếu nại nhanh

- **Nếu quý vị đang yêu cầu một khiếu nại thông thường, gửi khiếu nại thông thường của quý vị bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị đang yêu cầu khiếu nại nhanh, gửi khiếu nại bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Quý vị phải yêu cầu khiếu nại trong vòng 65 ngày** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng để bỏ lỡ, giải thích lý do khiếu nại của quý vị bị trễ khi quý vị thực hiện khiếu nại. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm trường hợp mắc bệnh nghiêm trọng ngăn cản quý vị liên lạc với chúng tôi, hoặc nếu chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hay không đầy đủ về thời hạn yêu cầu khiếu nại.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin miễn phí liên quan đến quyết định y tế của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thông tin để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị.**

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ dừng hoặc giảm bớt các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận, quý vị có thể 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 cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị hiện đang nhận, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo trước khi thực hiện hành động được đề xuất.
- Nếu quý vị không đồng ý với hành động đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại Cấp 1. Chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó nếu quý vị yêu cầu khiếu nại Cấp 1 trong vòng 10 ngày lịch kể từ ngày theo dấu bưu điện ghi trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày hiệu lực dự kiến của hành động đó, tùy theo ngày nào muộn hơn.
- Nếu đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục 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 tiếp tục 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.

Bước 3: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi đang xem xét khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin. Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có thực hiện theo mọi quy định khi đã nói không đồng ý với yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần, có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn khiếu nại nhanh

- Đối với khiếu nại nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn khiếu nại của quý vị**. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm việc đó.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể dùng thêm tối đa 14 ngày lịch** nếu yêu cầu của quý vị về vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dùng thêm ngày, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Phần B.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ (hay chậm nhất vào ngày cuối cùng của thời hạn mở rộng nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi phải tự động chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, nơi nó sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập. Mục 6.4 giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2.
 - **Nếu chúng tôi trả lời là đồng ý cho một phần hoặc tất cả những mục quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp đài thọ mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
 - **Nếu chúng tôi trả lời là không cho một phần hoặc tất cả những mục quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị quyết định của chúng tôi bằng văn bản và tự động chuyển đơn khiếu nại của quý vị đến tổ chức duyệt xét độc lập đối với khiếu nại Cấp 2. Tổ chức duyệt xét độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Thời hạn của một khiếu nại thông thường

- Đối với khiếu nại thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm việc đó.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dùng thêm tối đa 14 ngày lịch** nếu yêu cầu của quý vị về vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dùng thêm ngày, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
 - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không cần** thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh. Khi quý vị than phiền nhanh, chúng tôi sẽ trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, xin xem **Mục 11** của chương này.)

- Nếu đến thời hạn (hoặc hết khoảng thời gian gia hạn) mà chúng tôi không trả lời quý vị, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến khiếu nại Cấp 2, nơi một tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét khiếu nại. Mục 6.4 giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc toàn bộ những mục quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày lịch hoặc trong vòng 7 ngày lịch nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.**
- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, quý vị có quyền khiếu nại thêm.**
- 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 tổ chức duyệt xét độc lập để tiến hành khiếu nại Cấp 2.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid thì thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình nộp đơn khiếu nại Cấp 2.

Mục 6.4 Từng bước một: Hoàn thành khiếu nại Cấp 2 như thế nào

Thuật Ngữ Pháp Lý

Tên chính thức của tổ chức duyệt xét độc lập là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**.

Đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức duyệt xét độc lập là một tổ chức độc lập được thuê bởi Medicare. 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.

- 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 **Medicaid 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. Xem thêm thông tin bên dưới.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng có thể được **cả Medicare và Medicaid đài thọ**, quý vị sẽ tự động nhận được khiếu nại Cấp 2 với tổ chức duyệt xét độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Công Bằng với 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. Đi tới trang 135-137 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 tổ chức duyệt xét độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường được Medicaid đài thọ thì quý vị 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 lịch sau khi nhận được thư quyết định của chương trình chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medicare đài thọ:

Bước 1: Tổ chức duyệt xét độc lập xem xét đơn khiếu nại của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến tổ chức này. Thông tin này được gọi là hồ sơ trường hợp của quý vị. **Quý vị được quyền yêu cầu chúng tôi cấp một bản sao miễn phí của tệp hồ sơ của mình.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức duyệt xét độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.
- Nhân viên duyệt xét tại tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

Nếu đã có khiếu nại nhanh Cấp 1, quý vị cũng sẽ có khiếu nại nhanh Cấp 2

- Đối với khiếu nại nhanh, tổ chức duyệt xét phải trả lời cho khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là dành cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức duyệt xét độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **việc trả lời có thể mất thêm tới 14 ngày lịch.** Tổ chức duyệt xét độc lập không thể kéo dài thêm thời gian đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa của Medicare Phần B.

Nếu đã có khiếu nại thông thường Cấp 1, quý vị cũng sẽ có khiếu nại thông thường Cấp 2

- Đối với khiếu nại thông thường, nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế thì tổ chức duyệt xét phải trả lời khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Phần B, tổ chức duyệt xét độc lập phải trả lời khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Tuy nhiên, nếu yêu cầu của quý vị về vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức duyệt xét độc lập cần thu thập thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, **họ có thể cần thêm tới 14 ngày lịch.** Tổ chức duyệt xét độc lập không thể kéo dài thêm thời gian đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa của Medicare Phần B.

Bước 2: Tổ chức duyệt xét độc lập cho quý vị câu trả lời của họ.

Tổ chức duyệt xét độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do của quyết định đó.

- **Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi phải cho phép đài thọ chăm sóc y tế, chúng tôi phải cho phép đài thọ chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức duyệt xét độc lập cho **các yêu cầu thông thường** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức duyệt xét độc lập đối với **yêu cầu khẩn cấp**.
- **Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức duyệt xét độc lập đối với **các yêu cầu thông thường** hoặc **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức duyệt xét độc lập đối với **các yêu cầu khẩn cấp**.
- **Nếu tổ chức này nói không đồng ý với một phần hay toàn bộ khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về đài thọ chăm sóc y tế không nên được phê chuẩn.** (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối khiếu nại của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức duyệt xét độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
 - Giải thích quyết định của họ.
 - Thông báo cho quý vị về quyền khiếu nại Cấp 3 nếu giá trị đô la của bảo hiểm chăm sóc y tế đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ tổ chức duyệt xét độc lập sẽ cho quý vị biết khoản tiền đô la mà quý vị phải đáp ứng để tiếp tục quy trình khiếu nại.
 - Hướng dẫn quý vị cách nộp đơn khiếu nại Cấp 3.
- 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 quý vị có muốn 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 hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý khiếu nại Cấp 3. **Mục 10** trong chương này giải thích quy trình khiếu nại Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medicaid đài thọ:

Bước 1: Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng với tiểu bang.

- Cấp 2 của quy trình khiếu nại đối với các dịch vụ thường được Medicaid đài thọ là Điều Trần Công Bằng với tiểu bang. Quý vị phải yêu cầu Điều Trần Công Bằng bằng văn bản hoặc qua điện thoại **trong vòng 120 ngày lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư quyết định về

khiếu nại Cấp 1 của quý vị. Thư quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi gửi yêu cầu điều trần.

Bước 2: Văn phòng Điều Trần Công Bằng sẽ trả lời quý vị.

Văn phòng Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do cho quyết định.

- **Nếu văn phòng Điều Trần Công Bằng đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật dụng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ văn phòng Điều Trần Công Bằng.
- **Nếu văn phòng Điều Trần Công Bằng từ chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị**, họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế sẽ không được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối khiếu nại của quý vị**.)

Nếu quyết định là từ chối đối với toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của tôi, tôi có thể khiếu nại lần nữa không?

Nếu tổ chức duyệt xét độc lập hoặc quyết định của văn phòng Điều Trần Công Bằng từ chối tất cả hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có **quyền khiếu nại thêm**.

Thư mà quý vị nhận được từ văn phòng Điều Trần Công Bằng sẽ mô tả lựa chọn khiếu nại tiếp theo này.

Xem **Mục 10** của chương này để biết thêm thông tin về quyền khiếu nại của quý vị sau Cấp 2.

Mục 6.5 **Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận về dịch vụ chăm sóc y tế thì sao?**

Việc yêu cầu bồi hoàn là việc yêu cầu một quyết định đài thọ từ chúng tôi.

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu hoàn trả, nghĩa là quý vị đang yêu cầu một quyết định đài thọ. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chăm sóc y tế quý vị đã trả có phải là dịch vụ được đài thọ không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình cho chăm sóc y tế không.

Nếu quý vị muốn chúng tôi bồi hoàn cho quý vị đối với dịch vụ hoặc vật dụng **Medicare** hoặc quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid mà quý vị đã thanh toán, quý vị sẽ yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm này. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được đài thọ không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình cho chăm sóc y tế không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ và quý vị đã thực hiện mọi quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị phần thanh toán cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế đó *không được* đài thọ, hoặc quý vị *đã không* thực hiện mọi quy tắc, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trình bày rằng chúng tôi sẽ không trả cho dịch vụ chăm sóc y tế và nêu các lý do tại sao.
 - Nếu quý vị không đồng ý với việc chúng tôi quyết định từ chối, **quý vị có thể khiếu nại.** Nếu quý vị khiếu nại, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đài thọ mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.
- **Để khiếu nại, hãy thực hiện theo quy trình khiếu nại mà chúng tôi mô tả trong Mục 5.3 của chương này.** Đối với các khiếu nại liên quan đến việc bồi hoàn, xin lưu ý:
 - Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và đã tự trả, quý vị không được phép yêu cầu một khiếu nại nhanh.
 - Nếu tổ chức duyệt xét độc lập 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 quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày lịch.

MỤC 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại

Mục 7.1	Mục này cho quý vị biết cần làm gì nếu quý vị gặp trở ngại trong việc lấy thuốc Phần D hay quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho một loại thuốc Phần D
----------------	--

Quyền lợi của quý vị bao gồm đài thọ cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được đài thọ, thuốc đó phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Các Chương 5 và 6.

- **Mục này chỉ trình bày về thuốc Phần D của quý vị.** Để đơn giản, chúng tôi thường nói thuốc trong phần còn lại của mục này, thay vì lúc nào cũng lặp lại thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú được đài thọ hoặc thuốc Phần D. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh Sách Thuốc thay vì *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* hoặc *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được đài thọ hay không hoặc liệu quý vị có đáp ứng các quy tắc không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi chi trả.
- Nếu nhà thuốc của quý vị 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 đài thọ.

Quyết định bảo hiểm và khiếu nại Phần D

Thuật Ngữ Pháp Lý

Quyết định bảo hiểm ban đầu về các loại thuốc Phần D của quý vị được gọi là **xác định phạm vi bảo hiểm**.

Quyết định đài thọ 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 thuốc của quý vị. Mục này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị rơi vào bất cứ tình huống nào sau đây:

- Yêu cầu đài thọ một loại thuốc Phần D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chúng tôi. **Yêu cầu một ngoại lệ. Mục 7.2.**
- Yêu cầu chúng tôi bỏ qua một hạn chế trong việc đài thọ của chương trình chúng tôi (chẳng hạn như các giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được). **Yêu cầu một ngoại lệ. Mục 7.2.**
- Yêu cầu chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Mục 7.4.**
- Thanh toán cho một loại thuốc theo toa quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Mục 7.4.**

Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định đài thọ mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Mục này hướng dẫn cho quý vị cách yêu cầu các quyết định đài thọ và cách yêu cầu một khiếu nại.

Mục 7.2 Ngoại lệ là gì?

Thuật Ngữ Pháp Lý

Yêu cầu đài thọ một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ danh mục thuốc**.

Yêu cầu loại bỏ hạn chế về bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ danh mục thuốc**.

Nếu một loại thuốc không được đài thọ theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một **ngoại lệ**. Ngoại lệ là loại quyết định đài thọ.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hay bác sĩ kê toa khác sẽ cần giải thích những lý do y tế về việc tại sao quý vị cần ngoại lệ đó được chấp thuận. Sau đây là hai ví dụ về các ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Đài thọ cho một loại thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý đài thọ cho một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ cần thanh toán khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho tất cả các loại thuốc của chúng tôi. Quý vị không thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị trả cho thuốc.
2. **Bãi bỏ giới hạn đối với một loại thuốc được đài thọ.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Mục 7.3 Những điều quan trọng cần biết về cách yêu cầu ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết những lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi một bản trình bày giải thích những lý do y tế của việc yêu cầu một 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.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi có nhiều hơn một loại thuốc điều trị cho một tình trạng y tế cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là **các thuốc thay thế**. Nếu một thuốc thay thế cũng hiệu quả như thuốc mà quý vị yêu cầu và sẽ không gây nhiều tác dụng phụ hay các vấn đề sức khỏe khác hơn, chúng tôi thường sẽ **không** chấp thuận yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể nói đồng ý hay không đồng ý với yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị, sự chấp thuận của chúng tôi thường sẽ có hiệu lực cho đến cuối năm của chương trình. 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, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách khiếu nại.

Mục 7.4 Từng bước một: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ

Thuật Ngữ Pháp Lý

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định bảo hiểm cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định liệu quý vị cần quyết định bảo hiểm thông thường hay quyết định bảo hiểm nhanh.

Quyết định bảo hiểm thông thường được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được trình bày từ bác sĩ của quý vị. **Quyết định bảo hiểm nhanh** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được trình bày từ bác sĩ của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải có quyết định nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh. Để nhận được một quyết định đài thọ nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu một quyết định đài thọ nhanh để được hoàn trả cho một loại thuốc quý vị đã mua.)
- 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.
- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cấp cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.**
- **Nếu quý vị tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, mà không có sự ủng hộ của bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị không.** Nếu chúng tôi không chấp thuận một quyết định đài thọ nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn thông thường.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác yêu cầu quyết định đài thọ nhanh đó, chúng tôi sẽ tự động cấp cho quý vị một quyết định đài thọ nhanh.
 - Cho quý vị biết cách có thể nộp đơn than phiền nhanh về quyết định của chúng tôi rằng sẽ cung cấp cho quý vị quyết định đài thọ thông thường thay vì quyết định đài thọ nhanh mà quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời đơn than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu một quyết định bảo hiểm thông thường hoặc quyết định bảo hiểm nhanh.

Bắt đầu bằng việc gọi điện thoại, viết thư hay gửi fax tới chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị để chúng tôi phê chuẩn hay cung cấp đài thọ cho việc chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể tiếp cận quy trình xin quyết định đài thọ thông qua trang mạng của

chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất cứ văn bản yêu cầu nào, kể cả một yêu cầu được nộp trên *Mẫu Đơn Yêu Cầu Xác Định Lại Đài Thọ Mô Hình CMS*, hiện có trên trang mạng của chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, hãy đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên lạc và thông tin xác định yêu cầu bảo hiểm bị từ chối đang được khiếu nại.

Quý vị, bác sĩ của quý vị, (hoặc người kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Quý vị cũng có thể thuê luật sư đại diện cho mình. Mục 4 của chương này hướng dẫn quý vị cách quý vị cho phép người khác bằng văn bản để hành động như người đại diện của quý vị.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp trình bày hỗ trợ**, là các lý do y tế cho ngoại lệ đó. Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể gửi bản tuyên bố đó cho chúng tôi qua fax hoặc qua đường bưu điện. Hoặc bác sĩ của quý vị hay bác sĩ kê toa khác có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi văn bản tuyên bố đó qua fax hoặc qua đường bưu điện nếu cần.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và trả lời quý vị.

Thời hạn của quyết định bảo hiểm nhanh

- Chúng tôi nói chung phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Đối với ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được trình bày hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm việc đó.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, tại đó, yêu cầu của quý vị sẽ được duyệt xét bởi tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc trình bày của bác sĩ hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản trình bày giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ hướng dẫn cho quý vị cách khiếu nại.

Các thời hạn của một quyết định đài thọ thông thường về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Đối với ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được trình bày hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm việc đó.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, tại đó, yêu cầu của quý vị sẽ được duyệt xét bởi tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc trình bày của bác sĩ hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản trình bày giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ hướng dẫn cho quý vị cách khiếu nại.

Các thời hạn của một quyết định đài thọ thông thường cho việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 14 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, tại đó, yêu cầu của quý vị sẽ được duyệt xét bởi tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi cũng phải thực hiện thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản trình bày giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ hướng dẫn cho quý vị cách khiếu nại.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu đài thọ của quý vị, quý vị có thể làm đơn khiếu nại.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách khiếu nại. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được đài thọ thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị khiếu nại, có nghĩa là quý vị tiếp tục với Cấp 1 của quy trình khiếu nại.

Mục 7.5 Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý

Khiếu nại đối với chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là **quyết định lại của chương trình**.

Khiếu nại nhanh còn được gọi là **quyết định lại cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần khiếu nại thông thường hay khiếu nại nhanh.

Khiếu nại thông thường thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Khiếu nại nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

- Nếu quý vị khiếu nại một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần quyết định xem quý vị có cần một khiếu nại nhanh hay không.
- Những yêu cầu khi xin khiếu nại nhanh giống như những yêu cầu khi xin một quyết định bảo hiểm nhanh tại Mục 6.4 của chương này.

Bước 2: Quý vị, đại diện của quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác phải liên lạc với chúng tôi và đưa ra khiếu nại Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi hồi đáp nhanh, quý vị phải yêu cầu một khiếu nại nhanh.

- **Đối với các khiếu nại thông thường, hãy gửi một yêu cầu bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với khiếu nại nhanh, gửi khiếu nại của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-866-233-2851 hoặc 1-808-432-7503.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận bất cứ văn bản yêu cầu nào, kể cả một yêu cầu được nộp trên, Mẫu Đơn Yêu Cầu Xác Định Lại Đài Thọ Mô Hình CMS, có trên trang mạng của chúng tôi (kp.org).** Hãy đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên lạc và thông tin liên quan đến yêu cầu bảo hiểm của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị phải yêu cầu khiếu nại trong vòng 65 ngày** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng để bỏ lỡ, giải thích lý do khiếu nại của quý vị bị trễ khi quý vị thực hiện khiếu nại. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm trường hợp mắc bệnh nghiêm trọng ngăn cản quý vị liên lạc với chúng tôi, hoặc nếu chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hay không đầy đủ về thời hạn yêu cầu khiếu nại.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin đó trong khiếu nại của quý vị và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thông tin để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị. Chúng tôi được phép tính một khoản phí sao chép và gửi thông tin cho quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi duyệt xét khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin về yêu cầu xin đài thọ của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có thực hiện theo mọi quy định khi đã nói không đồng ý với yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để lấy thêm thông tin.

Thời hạn khiếu nại nhanh

- Đối với khiếu nại nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn khiếu nại của quý vị**. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm việc đó.
- Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, nơi nó sẽ được duyệt xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập. **Mục 7.6** giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và hướng dẫn quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một khiếu nại thông thường đối với một loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Đối với khiếu nại thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc đó và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm việc đó.
- Nếu chúng tôi không đưa ra một quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày lịch, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, nơi nó sẽ được duyệt xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập. **Mục 7.6** giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải cung cấp đài thọ nhanh nhất theo như những gì mà sức khỏe của quý vị cần, nhưng không quá **7 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và hướng dẫn quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một khiếu nại thông thường về khoản thanh toán đối với một loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 14 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại, tại đó, yêu cầu của quý vị sẽ được duyệt xét bởi tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi cũng phải thực hiện thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản trình bày giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ hướng dẫn cho quý vị cách khiếu nại.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn tiếp tục với quy trình khiếu nại và lập một khiếu nại khác hay không.

- Nếu quý vị quyết định lập một khiếu nại khác, điều đó có nghĩa là khiếu nại của quý vị sẽ chuyển đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại.

Mục 7.6 Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý

Tên chính thức của tổ chức duyệt xét độc lập là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**.

Đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức duyệt xét độc lập là một tổ chức độc lập được thuê bởi Medicare. 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.

Bước 1: Quý vị (hoặc đại diện của quý vị hay bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị) phải liên lạc với tổ chức duyệt xét độc lập và yêu cầu xem xét hồ sơ của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối khiếu nại Cấp 1 của quý vị, thông báo bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách làm đơn khiếu nại Cấp 2** với tổ chức duyệt xét độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể lập thủ tục khiếu nại Cấp 2 này, quý vị phải thực hiện theo những thời hạn nào và cách liên lạc tổ chức duyệt xét. Tuy nhiên, nếu chúng tôi không hoàn thành việc xem xét của mình trong khung thời gian hiện hành hoặc đưa ra quyết định bất lợi về việc xác định có nguy cơ theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển đơn khiếu nại của quý vị đến IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến tổ chức này. Thông tin này được gọi là hồ sơ trường hợp của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cấp bản sao tệp hồ sơ của quý vị.** Chúng tôi được phép tính phí cho việc sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức duyệt xét độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

Bước 2: Tổ chức duyệt xét độc lập xem xét đơn khiếu nại của quý vị.

Nhân viên duyệt xét tại tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

Thời hạn đối với khiếu nại nhanh

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có khiếu nại nhanh, hãy yêu cầu tổ chức duyệt xét độc lập xử lý khiếu nại nhanh.
- Nếu tổ chức đồng ý cấp cho quý vị khiếu nại nhanh, tổ chức đó phải đưa ra câu trả lời cho khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi họ nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị.

Thời hạn của khiếu nại thông thường

- Đối với khiếu nại thông thường, tổ chức duyệt xét phải đưa ra câu trả lời cho khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị nếu khiếu nại đó là đối với loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị về một loại thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức duyệt xét phải cung cấp cho quý vị câu trả lời về khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày lịch** sau khi họ nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức duyệt xét độc lập cho quý vị câu trả lời của họ.

Đối với khiếu nại nhanh:

- Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp khoản đài thọ thuốc mà đã được tổ chức duyệt xét phê chuẩn **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức duyệt xét.

Đối với khiếu nại thông thường:

- Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hay toàn bộ yêu cầu về đài thọ của quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** mà đã được tổ chức duyệt xét phê chuẩn **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức duyệt xét.
- Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu hoàn trả cho quý vị về một loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức duyệt xét.

Nếu tổ chức duyệt xét nói không đồng ý với khiếu nại của quý vị thì sao?

Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). (Đây được gọi là giữ nguyên quyết định hoặc từ chối khiếu nại của quý vị.) Trong trường hợp này, tổ chức duyệt xét độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của họ.
- Thông báo cho quý vị về quyền khiếu nại Cấp 3 nếu giá trị đô la của khoản đài thọ thuốc mà quý vị đang yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị mỹ kim của phần bảo hiểm thuốc mà quý vị đang yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện khiếu nại khác và quyết định ở Cấp 2 là chung cuộc.
- Cho quý vị biết giá trị đô la mà phải được tranh luận để tiếp tục quá trình khiếu nại.

Bước 4: 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.

- Sau Cấp 2, có ba cấp khác trong quy trình khiếu nại (tổng cộng có 5 cấp khiếu nại).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển tới khiếu nại Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định về khiếu nại Cấp 2.
- Một Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý khiếu nại Cấp 3. **Mục 10** của chương này cho biết thêm về quy trình khiếu nại Cấp 3, 4 và 5.

MỤC 8 Cách yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị được nhập viện, quý vị có quyền nhận mọi dịch vụ bệnh viện được đài thọ của quý vị mà cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hay chấn thương của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được đài thọ của quý vị, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày khi quý vị rời khỏi bệnh viện. Họ 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** của quý vị.
- Khi ngày xuất viện của quý vị được quyết định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng quý vị được cho rời viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu được nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Mục 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết về các quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản gọi là *Thông Báo Quan Trọng của Medicare về Quyền Lợi của Quý Vị*. Mọi người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này.

Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên phụ trách trường hợp hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

1. Quý vị hãy đọc thông báo này cẩn thận và đặt câu hỏi nếu không hiểu. Thông báo cho quý vị biết:

- Quyền của quý vị để nhận được các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện, theo yêu cầu của bác sĩ quý vị. Điều này bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai sẽ trả cho chúng và quý vị có thể nhận chúng ở đâu.
- Quý vị có quyền tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
- Nơi báo cáo bất kỳ lo ngại nào của mình về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện của quý vị.
- Quyền **yêu cầu xem xét ngay lập tức** của quý vị đối với quyết định cho quý vị xuất viện nếu quý vị nghĩ rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu được trì hoãn ngày xuất viện để chúng tôi đài thọ việc chăm sóc cho quý vị tại bệnh viện trong một thời gian lâu hơn.

2. Quý vị phải ký tên vào văn bản thông báo để cho biết rằng quý vị đã nhận được thông báo đó và hiểu các quyền của quý vị.

- Quý vị hoặc người nào đó hành động thay cho quý vị phải ký tên vào thông báo này.
- Việc ký vào thông báo này **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký vào thông báo đó **không có nghĩa là** quý vị đồng ý về ngày xuất viện.

3. Hãy giữ một bản sao thông báo ở gần quý vị để quý vị có thông tin về việc lập thủ tục khiếu nại (hoặc báo cáo quan ngại về chất lượng chăm sóc) nếu quý vị cần đến.

- Nếu quý vị ký tên vào thông báo hơn hai ngày trước khi quý vị xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được xếp lịch cho xuất viện.
- Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Mục 8.2 Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn yêu cầu các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị được chúng tôi đài thọ lâu hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình khiếu nại để đưa ra yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu những điều cần làm và các thời hạn.

- **Thực hiện theo đúng quy trình.**
- **Đáp ứng các thời hạn.**
- **Quý vị hãy yêu cầu trợ giúp nếu cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Hoặc gọi cho Chương Trình Trợ Cấp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiêu Bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp phù hợp với từng cá nhân.

Trong một khiếu nại Cấp 1, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng duyệt xét khiếu nại của quý vị. Họ kiểm tra xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp với quý vị về mặt y tế không.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia y tế khác được chính quyền liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc duyệt xét các ngày xuất viện cho những người hưởng Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên lạc Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng của tiểu bang quý vị và yêu cầu một duyệt xét nhanh ngay về việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động nhanh.

Làm sao quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Văn bản thông báo mà quý vị đã nhận được (*Một Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị*) cho biết cách liên lạc với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng cho tiểu bang của quý vị ở Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

- Để khiếu nại, quý vị phải liên lạc Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng **trước khi** quý vị rời khỏi bệnh viện và **không quá nửa đêm của ngày xuất viện của quý vị**.
 - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể ở lại bệnh viện **sau** ngày xuất viện của quý vị **mà không phải trả tiền** trong khi chờ đợi nhận quyết định từ Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng.
 - Nếu quý vị **không** đáp ứng được thời hạn này, hãy liên hệ với chúng tôi. Nếu 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** cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quý vị nhận được sau ngày xuất viện được ấn định đó.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, và quý vị vẫn muốn khiếu nại, quý vị phải lập thủ tục khiếu nại trực tiếp với chương trình chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách khiếu nại khác này, xin xem **Mục 8.4** của chương này.

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

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

Bước 2: Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tiến hành một duyệt xét độc lập về trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (những người duyệt xét) sẽ hỏi quý vị (hay người đại diện của quý vị) tại sao quý vị cho rằng việc đài thọ cho các dịch vụ đó cần tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ văn bản nào, nhưng quý vị có thể làm điều đó nếu muốn.
- Nhân viên duyệt xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và duyệt xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Trước buổi trưa của ngày sau khi những người duyệt xét cho chúng tôi biết về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho quý vị biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày trọn vẹn, sau khi họ nhận được mọi thông tin cần thiết, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị.

Điều gì sẽ diễn ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức duyệt xét đồng ý, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được đài thọ của quý vị** chừng nào những dịch vụ này còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị sẽ phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (chẳng hạn như tiền khấu trừ hay tiền đồng trả nếu những khoản này được áp dụng). Ngoài ra, có thể có các giới hạn trong các dịch vụ bệnh viện được đài thọ của quý vị.

Điều gì sẽ diễn ra nếu câu trả lời là không đồng ý?

- Nếu tổ chức duyệt xét từ chối, nghĩa là họ cho rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu việc đó xảy ra, **khoản đài thọ 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 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời cho quý vị về khiếu nại của quý vị.
- Nếu tổ chức duyệt xét nói không đồng ý với khiếu nại của quý vị và quý vị quyết định ở lại bệnh viện thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho khiếu nại Cấp 1 của quý vị là không đồng ý, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn lập một khiếu nại khác không.

- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đã *từ chối* khiếu nại của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định của mình, quý vị có thể khiếu nại lần nữa. Khiếu nại lần nữa có nghĩa là quý vị tiếp tục với Cấp 2 của quy trình khiếu nại.

Mục 8.3 Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Trong một khiếu nại Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng xem lại quyết định của họ về khiếu nại thứ nhất của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối khiếu nại Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian nằm viện của quý vị sau ngày xuất viện dự kiến của quý vị.

Bước 1: Liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu một duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu việc duyệt xét này **trong vòng 60 ngày lịch** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng 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.

Bước 2: Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tiến hành một duyệt xét thứ hai về tình huống của quý vị.

- Nhân viên duyệt xét tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị một lần nữa.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu khiếu nại Cấp 2 của quý vị, nhân viên duyệt xét sẽ quyết định về khiếu nại của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức duyệt xét nói đồng ý:

- **Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi về dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được từ buổi trưa của ngày sau ngày khiếu nại đầu tiên của quý vị bị từ chối bởi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị chừng nào chúng còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị và các giới hạn về việc đài thọ có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức duyệt xét nói không đồng ý:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đã đưa ra đối với khiếu nại Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản về những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục với quy trình duyệt xét.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không đồng ý, quý vị sẽ cần quyết định liệu quý vị có muốn thực hiện khiếu nại cao hơn bằng cách tiếp tục với Cấp 3.

- Sau Cấp 2, có ba cấp khác trong quy trình khiếu nại (tổng cộng có 5 cấp khiếu nại). Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển tới khiếu nại Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định về khiếu nại Cấp 2.
- Một Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý khiếu nại Cấp 3. **Mục 10** của chương này cho biết thêm về Các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình khiếu nại.

Mục 8.4 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn khiếu nại Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện thì sao?

Thuật Ngữ Pháp Lý

Một duyệt xét nhanh (hoặc khiếu nại nhanh) cũng được gọi là một **khiếu nại cấp tốc**.

Thay vào đó, quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải nhanh chóng hành động để bắt đầu khiếu nại Cấp 1 về ngày xuất viện của quý vị. Nếu bị lỡ thời hạn liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, có cách khác để quý vị làm đơn khiếu nại chúng tôi.

Nếu quý vị sử dụng cách khác này để khiếu nại, **hai cấp khiếu nại đầu tiên khác nhau**.

Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Thay Thế Cấp 1

Bước 1: Liên lạc với chúng tôi và yêu cầu một duyệt xét nhanh.

- **Yêu cầu duyệt xét nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra một câu trả lời sử dụng các thời hạn nhanh chứ không phải là các thời hạn thông thường. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi thực hiện một duyệt xét nhanh về ngày xuất viện dự kiến của quý vị, kiểm tra xem nó có thích hợp về mặt y tế không.

- Khi thực hiện duyệt xét này, chúng tôi sẽ xem xét mọi thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem ngày xuất viện được dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế không. Chúng tôi xem quyết định về thời điểm quý vị cần rời bệnh viện là công bằng và tuân thủ mọi quy tắc hay không.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra cho quý vị quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu duyệt xét nhanh

- **Nếu chúng tôi đồng ý với khiếu nại của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị vẫn cần phải ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là chúng cần

thiết về mặt y tế. Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi nói bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của quý vị và có thể có các giới hạn bảo hiểm được áp dụng.)

- **Nếu chúng tôi từ chối khiếu nại của quý vị**, nghĩa là chúng tôi cho rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Khoản đài thọ của chúng tôi cho những dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị kết thúc tính từ ngày chúng tôi nói việc đài thọ sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị ở lại bệnh viện **sau** ngày xuất viện được ấn định của quý vị thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** cho việc chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được sau ngày xuất viện được ấn định của quý vị.

Bước 4: Nếu chúng tôi nói *không đồng ý* với khiếu nại của quý vị, hồ sơ của quý vị sẽ tự động được chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình khiếu nại.

Từng bước một: Quy trình khiếu nại *Thay Thế Cấp 2*

Thuật Ngữ Pháp Lý
Tên chính thức của tổ chức duyệt xét độc lập là Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập .
Đôi khi được gọi là IRE .

Tổ chức duyệt xét độc lập là một tổ chức độc lập được thuê bởi Medicare. 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.

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

- Chúng tôi phải gửi thông tin về khiếu nại Cấp 2 của quý vị cho tổ chức duyệt xét độc lập trong vòng 24 giờ kể khi chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi từ chối với khiếu nại đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hay các thời hạn khác, quý vị có thể than phiền. **Mục 11** của chương này cho biết cách than phiền.)

Bước 2: Tổ chức duyệt xét độc lập sẽ thực hiện duyệt xét nhanh đối với đơn khiếu nại của quý vị. Nhân viên duyệt xét đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ.

- Những người duyệt xét tại tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị về việc xuất viện của quý vị.
- **Nếu tổ chức này đồng ý với khiếu nại của quý vị**, sau đó chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ ngày xuất viện được ấn định của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục cung cấp

bảo hiểm của chương trình chúng tôi cho dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị chùng nào chúng còn cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu có các giới hạn đài thọ, chúng có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ bồi hoàn hoặc thời gian chúng tôi tiếp tục đài thọ các dịch vụ cho quý vị.

- **Nếu tổ chức này nói không đồng ý với khiếu nại của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
 - Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức duyệt xét độc lập sẽ cho quý vị biết cách bắt đầu khiếu nại Cấp 3, do Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài xử lý.

Bước 3: Nếu tổ chức duyệt xét độc lập từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ lựa chọn liệu quý vị có muốn thực hiện khiếu nại tiếp theo không.

- Sau Cấp 2, có ba cấp khác trong quy trình khiếu nại (tổng cộng có 5 cấp khiếu nại). Nếu những người duyệt xét từ chối đối với khiếu nại Cấp 2 của quý vị, quý vị quyết định chấp nhận quyết định của họ hay tiếp tục khiếu nại Cấp 3.
- Mục 10 của chương này cho biết thêm về quy trình khiếu nại Cấp 3, 4 và 5.

MỤC 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng đài thọ của quý vị kết thúc quá sớm

Mục 9.1 Mục này chỉ nói về ba dịch vụ: Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Khi quý vị được đài thọ **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú)**, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại chăm sóc đó miễn là dịch vụ chăm sóc đó còn cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc chấn thương của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc chấm dứt đài thọ bất cứ loại dịch vụ chăm sóc nào trong ba loại này cho quý vị, chúng tôi phải cho quý vị biết trước. Khi đài thọ của quý vị cho loại chăm sóc đó kết thúc, **chúng tôi sẽ ngưng trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc cho quý vị.**

Nếu cho rằng chúng tôi đang kết thúc đài thọ cho dịch vụ 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.

Mục 9.2 Chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước khi nào đài thọ của quý vị sẽ kết thúc

Thuật Ngữ Pháp Lý

Thông Báo về việc Không Được Medicare Đài Thọ. Thông báo cho quý vị biết quý vị có thể yêu cầu **khiếu nại hỏa tốc**.

Yêu cầu một khiếu nại tăng tốc là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu một thay đổi trong quyết định đài thọ của chúng tôi về việc khi nào cần chấm dứt dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

- 1. Quý vị nhận được một thông báo bằng văn bản** ít nhất hai ngày trước khi chương trình chúng tôi chuẩn bị chấm dứt đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo này cho quý vị biết:
 - Ngày mà chúng tôi sẽ chấm dứt đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.
 - Cách yêu cầu khiếu nại hỏa tốc để yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một thời gian dài hơn.
- 2. Quý vị hoặc ai đó thay mặt quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để chứng tỏ quý vị đã nhận được thông báo đó.** Việc ký tên vào thông báo *chỉ* cho biết rằng quý vị đã nhận thông tin về thời điểm chấm dứt đài thọ của quý vị. **Việc ký vào thông báo đó không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định của chương trình chúng tôi là chấm dứt dịch vụ chăm sóc.

Mục 9.3 Từng bước một: Cách khiếu nại Cấp 1 để chương trình của chúng tôi đài thọ cho việc chăm sóc quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong thời gian lâu hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình khiếu nại để đưa ra yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu những điều cần làm và các thời hạn.

- **Thực hiện theo đúng quy trình.**
- **Đáp ứng các thời hạn.**
- **Quý vị hãy yêu cầu trợ giúp nếu cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Hoặc gọi cho Chương Trình Trợ Cấp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiêu Bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp phù hợp với từng cá nhân.

Trong một khiếu nại Cấp 1, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng duyệt xét khiếu nại của quý vị. Tổ chức này quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia y tế khác được chính quyền liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc duyệt xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng bảo hiểm cho một số loại chăm sóc y tế. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị: liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng và yêu cầu khiếu nại cấp tốc. Quý vị phải hành động nhanh.

Làm sao quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông Báo về việc Không Được Medicare Đài Thọ*) cho quý vị biết cách tiếp cận tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng cho tiểu bang của quý vị ở Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

- Quý vị phải liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng để bắt đầu khiếu nại **vào trưa của ngày trước ngày hiệu lực** trong Thông Báo về việc Không Được Medicare Đài Thọ mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, và quý vị vẫn muốn khiếu nại, quý vị phải lập thủ tục khiếu nại trực tiếp với chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách khiếu nại khác này, xin xem **Mục 9.5** của chương này.

Bước 2: Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tiến hành một duyệt xét độc lập về trường hợp của quý vị.

Thuật Ngữ Pháp Lý

Giải Thích Chi Tiết về việc Không Được Đài Thọ. Thông báo cung cấp chi tiết về lý do kết thúc đài thọ.

Điều gì diễn ra trong cuộc duyệt xét này?

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (những người duyệt xét) sẽ hỏi quý vị hay người đại diện của quý vị tại sao quý vị cho rằng việc đài thọ cho các dịch vụ đó cần tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ văn bản nào, nhưng quý vị có thể làm điều đó nếu muốn.
- Tổ chức duyệt xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và duyệt xét thông tin mà chương trình chúng tôi đã cung cấp cho họ.

- Vào cuối ngày mà những người duyệt xét cho chúng tôi biết về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được **Giải Thích Chi Tiết về việc Không Được Đài Thọ** từ chúng tôi giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt đài thọ cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày trọn vẹn, sau khi họ đã có được mọi thông tin mà họ cần, những người duyệt xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu những người duyệt xét đồng ý?

- Nếu những người duyệt xét nói đồng ý với khiếu nại của quý vị, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị chừng nào chúng còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (chẳng hạn như tiền khấu trừ hay tiền đồng trả nếu những khoản này được áp dụng). Có thể có các giới hạn đối với những dịch vụ được đài thọ của quý vị.

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

- Nếu những người duyệt xét từ chối thì **đài thọ của quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã nói với quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) **sau** ngày này khi đài thọ của quý vị kết thúc thì **quý vị sẽ phải tự mình trả toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho khiếu nại Cấp 1 của quý vị là không đồng ý, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn lập một khiếu nại khác không.

- Nếu những người duyệt xét nói không đồng ý với khiếu nại Cấp 1 của quý vị **và** quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi đài thọ của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó đã kết thúc thì quý vị có thể khiếu nại Cấp 2.

Mục 9.4 Từng bước một: Cách khiếu nại Cấp 2 để chương trình của chúng tôi đài thọ cho việc chăm sóc quý vị trong thời gian dài hơn

Trong một khiếu nại Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng xem lại quyết định của họ về khiếu nại thứ nhất của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối khiếu nại Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, hay dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hay dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **sau** ngày khi chúng tôi nói đài thọ của quý vị sẽ kết thúc.

Bước 1: Liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu một duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu việc duyệt xét này **trong vòng 60 ngày** sau ngày khi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối khiếu nại cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu duyệt xét này chỉ nếu quý vị đã tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày mà bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tiến hành một duyệt xét thứ hai về tình huống của quý vị.

- Nhân viên duyệt xét tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị một lần nữa.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày lịch kể từ khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị, những người duyệt xét sẽ quyết định về khiếu nại của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ diễn ra nếu tổ chức duyệt xét từ chối?

- **Chúng tôi phải bồi hoàn 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 đài thọ của quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp đài thọ** cho dịch vụ chăm sóc đó miễn là cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị và có thể có các giới hạn bảo hiểm được áp dụng.

Điều gì sẽ diễn ra nếu tổ chức duyệt xét nói không đồng ý?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định được đưa ra đối với khiếu nại Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản về những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục với quy trình duyệt xét. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục với cấp khiếu nại tiếp theo, được xử lý bởi Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không đồng ý, quý vị sẽ cần quyết định liệu quý vị có muốn thực hiện khiếu nại cao hơn hay không.

- Sau Cấp 2, có ba cấp khác trong quy trình khiếu nại, với tổng cộng 5 cấp khiếu nại. Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển tới khiếu nại Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định về khiếu nại Cấp 2.
- Một Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý khiếu nại Cấp 3. **Mục 10** của chương này cho biết thêm về quy trình khiếu nại Cấp 3, 4 và 5.

Mục 9.5 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn khiếu nại Cấp 1 của quý vị thì sao?

Thay vào đó, quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi

Như được giải thích ở trên, quý vị phải hành động nhanh chóng để liên lạc Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng để bắt đầu khiếu nại đầu tiên của quý vị (tối đa trong vòng một hay hai ngày). Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với tổ chức này, có một cách khác để quý vị lập thủ tục khiếu nại. Nếu quý vị sử dụng cách khác này để khiếu nại, **hai cấp khiếu nại đầu tiên khác nhau.**

Từng bước một: Cách thực hiện khiếu nại Thay Thế Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý

Một duyệt xét nhanh (hoặc khiếu nại nhanh) cũng được gọi là một **khiếu nại cấp tốc.**

Bước 1: Liên lạc với chúng tôi và yêu cầu một duyệt xét nhanh.

- **Yêu cầu duyệt xét nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra một câu trả lời sử dụng các thời hạn nhanh chứ không phải là các thời hạn thông thường. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi thực hiện duyệt xét nhanh cho quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về thời điểm chấm dứt đài thọ các dịch vụ của quý vị.

- Khi thực hiện duyệt xét này, chúng tôi xem xét mọi thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có đang tuân thủ mọi quy định khi chúng tôi đặt ra ngày kết thúc bảo hiểm của chương trình đối với các dịch vụ mà quý vị đang nhận hay không.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra cho quý vị quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu duyệt xét nhanh.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với khiếu nại của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị cần các dịch vụ lâu hơn và chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế. Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi nói bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của quý vị và có thể có các giới hạn bảo hiểm được áp dụng.)
- **Nếu chúng tôi từ chối khiếu nại của quý vị,** khi đó đài thọ của quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã nói cho quý vị và chúng tôi sẽ không chi trả bất cứ phần chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Nếu quý vị đã tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **sau** ngày mà chúng tôi đã

thông báo đài thọ của quý vị sẽ kết thúc thì **quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu chúng tôi nói không đồng ý với khiếu nại nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ tự động được chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình khiếu nại.

Thuật Ngữ Pháp Lý

Tên chính thức của tổ chức duyệt xét độc lập là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**.

Đôi khi được gọi là **IRE**.

Từng bước một: Quy trình khiếu nại Thay Thế Cấp 2

Trong quá trình xử lý khiếu nại Cấp 2, **tổ chức duyệt xét độc lập** duyệt xét quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đối với khiếu nại nhanh của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu quyết định đó có nên thay đổi hay không. **Tổ chức duyệt xét độc lập là một tổ chức độc lập được thuê bởi Medicare.** Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và đó là không phải một cơ quan thuộc chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare lựa chọn để quản lý công việc của tổ chức duyệt xét độc lập. Medicare giám sát việc làm của họ.

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

- Chúng tôi phải gửi thông tin về khiếu nại Cấp 2 của quý vị cho Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập trong vòng 24 giờ kể khi chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi từ chối với khiếu nại đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hay các thời hạn khác, quý vị có thể than phiền. **Mục 11** của chương này cho biết cách than phiền.)

Bước 2: Tổ chức duyệt xét độc lập sẽ thực hiện duyệt xét nhanh đối với đơn khiếu nại của quý vị. Nhân viên duyệt xét đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ.

- Nhân viên duyệt xét tại tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- **Nếu tổ chức này đồng ý với khiếu nại của quý vị**, khi đó chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết đài thọ của quý vị sẽ kết thúc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục đài thọ dịch vụ chăm sóc đó chừng nào nó còn cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu có các giới hạn đài thọ, chúng có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ bồi hoàn hoặc thời gian chúng tôi tiếp tục đài thọ các dịch vụ.
- **Nếu tổ chức này từ chối khiếu nại của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chương trình chúng tôi đã đưa ra cho khiếu nại đầu tiên của quý vị và sẽ không thay đổi nó.

- Thông báo quý vị nhận được từ tổ chức duyệt xét độc lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản về những việc quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục khiếu nại Cấp 3.

Bước 3: Nếu tổ chức duyệt xét độc lập từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ lựa chọn liệu quý vị có muốn thực hiện khiếu nại tiếp theo không.

- Sau Cấp 2, có ba cấp khác trong quy trình khiếu nại, với tổng cộng 5 cấp khiếu nại. Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển tới khiếu nại Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định về khiếu nại Cấp 2.
- Một Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý khiếu nại Cấp 3. **Mục 10** của chương này cho biết thêm về quy trình khiếu nại Cấp 3, 4 và 5.

MỤC 10 Đưa khiếu nại của quý vị lên Cấp 3 trở lên

Mục 10.1 Mức khiếu nại 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế

Mục này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã lập một khiếu nại Cấp 1 và một khiếu nại Cấp 2 và cả hai khiếu nại của quý vị đều đã bị từ chối.

Nếu giá trị của vật dụng hay dịch vụ y tế mà quý vị đã khiếu nại đáp ứng một số mức tối thiểu nào đó, quý vị có thể được tiếp tục với các cấp khiếu nại khác. Nếu giá trị dưới mức tối thiểu, quý vị không thể khiếu nại thêm nữa. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được đối với khiếu nại Cấp 2 của mình sẽ giải thích cách thực hiện khiếu nại Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến khiếu nại, ba cấp khiếu nại cuối cùng được xử lý gần như theo cùng một cách. Sau đây là những người sẽ xử lý việc duyệt xét khiếu nại của quý vị tại mỗi cấp.

Khiếu nại Cấp 3 Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính quyền liên bang sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chánh hay luật sư trọng tài đồng ý với khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại đó có thể hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định khi khiếu nại Cấp 2, chúng tôi có quyền khiếu nại quyết định Cấp 3 mà có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định khiếu nại thì khiếu nại đó sẽ chuyển sang khiếu nại Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định khiếu nại, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm Phán Luật Hành Chánh hoặc luật sư trọng tài.
 - Nếu chúng tôi quyết định khiếu nại quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao yêu cầu khiếu nại Cấp 4 cùng với bất cứ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định khiếu nại Cấp 4 trước khi cho phép hay cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang bị tranh chấp đó.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hay luật sư trọng tài từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại đó có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định này mà từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục với 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 Đặc Trách Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng) sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi là xét duyệt quyết định khiếu nại Cấp 3 có lợi thì quy trình khiếu nại có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền khiếu nại quyết định Cấp 4 mà có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có nên khiếu nại quyết định này lên Cấp 5 không.
 - Nếu chúng tôi quyết định **không** khiếu nại quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định khiếu nại quyết định đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là không đồng ý hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu duyệt xét đó, quy trình khiếu nại có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định này mà từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể được tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Nếu Hội Đồng từ chối khiếu nại của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục khiếu nại Cấp 5 không và cách tiếp tục khiếu nại Cấp 5.

Khiếu nại cấp 5 Một thẩm phán tại **Tòa Án Địa Hạt Liên Bang** sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* đối với yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không có khiếu nại nào nữa sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Mục 10.2 Khiếu nại Medicaid 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 Medicaid đài thọ. Thư mà quý vị nhận được từ văn phòng Điều Trần Công Bằng sẽ hướng dẫn quý vị những việc cần làm nếu mong muốn tiếp tục quy trình khiếu nại.

Điều trần hành chính của DHS:

Nếu quý vị đã trải qua quy trình khiếu nại của Kaiser Permanente và không hài lòng với quyết định mà chúng tôi đưa ra về khiếu nại của quý vị, quý vị có thể yêu cầu Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) tổ chức điều trần hành chính. Viết thư cho Văn Phòng Khiếu Nại Hành Chính (AAO) của DHS. AAO phải nhận được thư của quý vị trong vòng 120 ngày lịch kể từ khi quý vị nhận được thông báo ý định từ chối của Kaiser Permanente về khiếu nại của quý vị. Bao gồm thông tin: bất kỳ trình bày nào về sự thật hoặc luật pháp để hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Gửi khiếu nại của quý vị tới:

State of Hawaii Department of Human Services
Administrative Appeals Office
P.O. Box 339
Honolulu, HI 96809-0339

Không mất chi phí để nhận được các bản sao của hồ sơ khiếu nại. Quý vị có quyền chỉ định ai đó để nộp đơn khiếu nại cho quý vị. Quý vị phải viết tên người đó ra khi gửi khiếu nại. Quý vị có thể tự đại diện cho mình tại phiên điều trần hoặc có thể nhờ luật sư, người thân, bạn bè hoặc người khác có mặt ở đó để phát biểu thay quý vị. Quý vị sẽ nhận được quyết định trong vòng 90 ngày lịch kể từ ngày họ nhận được yêu cầu của quý vị. Chúng ta phải tuân theo quyết định của điều trần hành chính của DHS. Trước tiên, quý vị phải thực hiện quy trình khiếu nại của Kaiser Permanente trước khi yêu cầu điều trần hành chính của DHS.

Quý vị hoặc người đại diện được chấp thuận của quý vị được coi là đã sử dụng hết quy trình phân nân và khiếu nại của Kaiser Permanente nếu Kaiser Permanente không tuân theo các yêu cầu về thông báo và thời gian do Ban Med-QUEST của DHS đặt ra. Khi điều này xảy ra, quý vị có quyền nộp đơn xin điều trần hành chính cấp tiểu bang. Các hội viên phải sử dụng hết hệ thống than phiền và khiếu nại nội bộ của Kaiser Permanente trước khi tiếp cận hệ thống điều trần hành chính của tiểu bang.

Điều trần hành chính cấp tốc của DHS:

Nếu quý vị đã được chúng tôi xem xét cấp tốc khiếu nại của quý vị với chúng tôi và kết quả không diễn ra theo cách quý vị mong muốn thì quý vị có thể yêu cầu DHS tổ chức điều trần hành chính cấp tốc. Quý vị phải gửi thư cho AAO trong vòng 120 ngày lịch kể từ khi nhận được câu trả lời từ Kaiser Permanente về khiếu nại của quý vị. Cần xem xét và quyết định phiên điều trần hành chính cấp tốc trong vòng ba ngày làm việc kể từ khi quý vị nộp yêu cầu. Chúng tôi sẽ làm việc với tiểu bang để đảm bảo mang lại kết quả tốt nhất cho quý vị và đảm bảo các thủ tục tuân theo các quy định của tiểu bang và liên bang. Khi yêu cầu điều trần hành chính tiểu bang cấp tốc, chúng tôi sẽ gửi thông tin đã được sử dụng để đưa ra quyết định, ví dụ: hồ sơ y tế, tài liệu bằng văn bản gửi đến và gửi đi từ quý vị, ghi chú của nhà cung cấp, v.v. cho DHS trong vòng 24 giờ kể từ khi có quyết định từ chối điều trần cấp tốc.

Vui lòng gửi yêu cầu của quý vị về quy trình điều trần hành chính tiểu bang cấp tốc tới:

State of Hawaii Department of Human Services
Administrative Appeals Office
P.O. Box 339
Honolulu, HI 96809-0339

Mục 10.3 Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu Thuốc Phần D

Mục này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã lập một khiếu nại Cấp 1 và một khiếu nại Cấp 2 và cả hai khiếu nại của quý vị đều đã bị từ chối.

Nếu giá trị mỹ kim của loại thuốc mà quý vị đã khiếu nại đáp ứng một số tiền nào đó, quý vị có thể được tiếp tục với các cấp khiếu nại khác. Nếu giá trị mỹ kim có giá trị thấp hơn, quý vị không thể khiếu nại thêm nữa. Văn bản hồi đáp mà quý vị nhận được cho khiếu nại Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên lạc với ai và cần làm gì để yêu cầu khiếu nại Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến khiếu nại, ba cấp khiếu nại cuối cùng được xử lý gần như theo cùng một cách. Sau đây là những người sẽ xử lý việc duyệt xét khiếu nại của quý vị tại mỗi cấp.

Khiếu nại Cấp 3: Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính quyền liên bang sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình khiếu nại kết thúc.** Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp việc đài thọ thuốc mà đã được phê chuẩn bởi Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử trong vòng 72 giờ (24 giờ với khiếu nại cấp tốc) hoặc thực hiện thanh toán không quá 30 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là không đồng ý, quy trình khiếu nại có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định này mà từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục với 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 Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng) sẽ xét duyệt đơn khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình khiếu nại kết thúc.** Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp đài thọ thuốc mà đã được chấp thuận bởi Hội Đồng trong vòng 72 giờ (24 giờ cho khiếu nại cấp tốc) hoặc thực hiện thanh toán không quá 30 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là không đồng ý, quy trình khiếu nại có thể hoặc không thể kết thúc.**

- Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định này mà từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.
- Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể được tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Nếu Hội Đồng nói không đồng ý với khiếu nại của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của quý vị để duyệt xét khiếu nại đó, thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục với khiếu nại Cấp 5 hay không. Thông báo cũng sẽ cho quý vị biết phải liên hệ với ai và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục khiếu nại.

Khiếu nại Cấp 5: Một thẩm phán tại Tòa Án Địa Hạt Liên Bang sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định đồng ý hoặc từ chối đối với yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không có khiếu nại nào nữa sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

MỤC 11 Cách than phiền về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các mối lo ngại khác

Mục 11.1 Những loại vấn đề nào được xử lý theo quy trình than phiền?

Quy trình than phiền *chỉ* được sử dụng để giải quyết một số loại vấn đề. Bao gồm những vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ 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">• Liệu quý vị có không hài lòng với chất lượng chăm sóc mà quý vị đã nhận được (bao gồm cả chăm sóc trong bệnh viện) không?
Tôn trọng sự riêng tư của quý vị	<ul style="list-style-type: none">• Có ai đó không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bảo mật của quý vị không?
Dịch vụ khách hàng thiếu tôn trọng, kém cỏi hoặc các hành vi tiêu cực khác	<ul style="list-style-type: none">• Có người nào có thái độ thô lỗ hay không tôn trọng quý vị không?• Liệu quý vị có không hài lòng với Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi không?• Liệu quý vị có cảm thấy muốn rời bỏ chương trình không?

Đơn than phiền	Ví dụ
Thời gian chờ	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị có gặp khó khăn trong việc lấy lịch hẹn hay phải chờ quá lâu để lấy hẹn không?• Quý vị có phải chờ đợi quá lâu do các bác sĩ, dược sĩ hay các chuyên gia y tế khác không? Hay do Dịch Vụ Hội Viên hay nhân viên khác trong chương trình không?<ul style="list-style-type: none">○ Ví dụ như việc chờ đợi quá lâu trên điện thoại, tại phòng chờ hoặc phòng khám hay khi mua thuốc theo toa.
Độ sạch sẽ	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị có không hài lòng với độ sạch sẽ hay tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hay văn phòng bác sĩ không?
Các thông tin chúng tôi cung cấp cho quý vị	<ul style="list-style-type: none">• Liệu chúng tôi đã không cung cấp được cho quý vị thông báo cần thiết?• Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?
Tính kịp thời (Những loại than phiền này đều liên quan đến <i>tính kịp thời</i> trong những hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bảo hiểm và khiếu nại)	<p>Nếu quý vị đã yêu cầu một quyết định đài thọ hoặc đã khiếu nại và quý vị cho rằng chúng tôi không hồi đáp đủ nhanh, quý vị có thể than phiền về sự chậm trễ của chúng tôi. Sau đây là những ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra <i>quyết định bảo hiểm nhanh</i> hoặc <i>khiếu nại nhanh</i>, và chúng tôi đã từ chối; quý vị có thể than phiền.• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn cho các quyết định đài thọ hoặc khiếu nại; quý vị có thể than phiền.• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn để đài thọ hoặc hoàn trả cho quý vị đối với một số vật dụng hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc nhất định đã được chấp thuận; quý vị có thể than phiền.• Quý vị cho rằng chúng tôi đã không đáp ứng được thời hạn bắt buộc để chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức duyệt xét độc lập; quý vị có thể than phiền.

Mục 11.2 Cách làm đơn than phiền

Thuật Ngữ Pháp Lý

- **Than phiền** còn được gọi là **phàn nàn**.
- **Làm đơn than phiền** còn được gọi là **nộp đơn phàn nàn**.
- **Sử dụng quy trình than phiền** còn được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn phàn nàn**.
- **Than phiền nhanh** còn được gọi là **phàn nàn cấp tốc**.

Mục 11.3 Từng bước một: Làm đơn than phiền

Bước 1: Liên lạc ngay với chúng tôi – bằng điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Thông thường, bước đầu tiên là gọi Dịch Vụ Hội Viên.** Nếu quý vị cần làm bất cứ điều gì khác, ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ thông báo cho quý vị.
- Nếu quý vị không muốn gọi điện thoại (hoặc quý vị đã gọi và đã không hài lòng), quý vị có thể trình bày than phiền của quý vị bằng văn bản và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị trình bày than phiền bằng văn bản, chúng tôi sẽ hồi đáp bằng văn bản. Chúng tôi cũng sẽ hồi đáp bằng văn bản khi quý vị than phiền qua điện thoại nếu quý vị yêu cầu một văn bản hồi đáp hoặc than phiền của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc.
- **Nếu quý vị có than phiền, chúng tôi sẽ cố gắng giải quyết than phiền của quý vị qua điện thoại.** Nếu chúng tôi không thể giải quyết than phiền của quý vị qua điện thoại, chúng tôi có một thủ tục chính thức để xem xét than phiền của quý vị. Phàn nàn của quý vị phải giải thích mối quan ngại của quý vị, chẳng hạn như vì sao quý vị không hài lòng về các dịch vụ mà quý vị đã nhận được. Vui lòng xem Chương 2 để biết quý vị cần liên lạc với ai nếu có than phiền.
 - Quý vị phải lập thủ tục phàn nàn cho chúng tôi (bằng lời nói hay bằng văn bản) trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày diễn ra sự kiện hay sự việc đó. 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. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian để đưa ra quyết định của chúng tôi lên khoảng tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu được gia hạn, hoặc nếu chúng tôi có nhu cầu lấy thêm thông tin và việc trì hoãn này là vì lợi ích tốt nhất của quý vị.
 - Quý vị có thể nộp đơn phàn nàn nhanh về quyết định của chúng tôi không xúc tiến nhanh quyết định đài thọ hoặc khiếu nại đối với vật dụng hoặc dịch vụ chăm sóc y tế, hoặc nếu chúng tôi kéo dài thời gian cần thiết để đưa ra quyết định về quyết định đài thọ hoặc khiếu nại cho các vật dụng hoặc dịch vụ chăm sóc y tế. Chúng tôi phải hồi đáp cho phàn nàn nhanh của quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Cho dù quý vị gọi điện thoại hay viết thư, quý vị cần liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi ngay lập tức.** Quý vị có thể khiếu nại bất cứ lúc nào sau khi gặp vấn đề quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét than phiền của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để than phiền, chúng tôi có thể sẽ trả lời quý vị trong cuộc điện thoại đó.
- **Hầu hết các than phiền được trả lời trong 30 ngày theo lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ này là vì lợi ích cao nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày lịch (tổng cộng 44 ngày lịch) để trả lời than phiền của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản.
- **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 cho quý vị than phiền nhanh.** Nếu quý vị có than phiền nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả than phiền của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ đưa lý do của chúng tôi vào trong phản hồi cho quý vị.

Mục 11.4 Quý vị cũng có thể than phiền về chất lượng chăm sóc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng

Khi than phiền của quý vị là về **chất lượng chăm sóc**, quý vị cũng có hai lựa chọn khác:

- **Quý vị có thể than phiền trực tiếp với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng.** Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng 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. Chương 2 có thông tin liên hệ.

HOẶC

- **Quý vị có thể than phiền với cả Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng và chúng tôi cùng một lúc.**

Mục 11.5 Quý vị cũng có thể cho Medicare và Medicaid biết về khiếu nại của mình

Quý vị có thể lập thủ tục than phiền về chương trình của chúng tôi trực tiếp tới Medicare. Để nộp một than phiền tới Medicare, truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Ban Med-QUEST của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tiểu Bang Hawaii xem xét phân nân cấp tiểu bang. Quý vị phải gọi điện hoặc viết thư cho Med-QUEST trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được ý định phân nân từ chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nếu quý vị không làm điều này, than phiền của quý vị sẽ được coi là đã được giải quyết.

Để yêu cầu xem xét phân nân cấp tiểu bang, hãy gọi cho DHS theo số 808-692-8094. Hoặc gửi yêu cầu qua đường bưu điện tới:

Med-QUEST Division
Health Care Services Branch
PO Box 700190
Kapolei, HI 96709-0190

DHS sẽ xem xét than phiền của quý vị. Họ sẽ quyết định về than phiền đó trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu xem xét phân nân. Quyết định của DHS sẽ là quyết định cuối cùng.

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

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

Việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi có thể **mang tính tự nguyện** (lựa chọn riêng của quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải là lựa chọn riêng của quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì quý vị đã quyết định rằng quý vị *muốn* rời khỏi. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.
- Cũng có những tình huống giới hạn khi quý vị không lựa chọn rời khỏi chương trình, nhưng chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Mục 5 cho quý vị biết về những tình huống khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

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

Mục 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên vì quý vị có Medicare và Medicaid

- Hầu hết những người có Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên của họ chỉ vào những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medicaid nên quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi vào bất cứ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có các lựa chọn để ghi danh tham gia vào một chương trình Medicare khác vào bất kỳ tháng nào bao gồm:
 - Original Medicare *với* một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.
 - Original Medicare *không có* một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare (Nếu quý vị chọn tùy chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không ghi danh tham gia tự động.), hoặc
 - Nếu hội đủ điều kiện, quý vị sẽ được hưởng chương trình D-SNP tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên ghi danh khỏi chương trình đài thọ thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy trong giai đoạn liên tiếp từ 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Liên lạc với văn phòng Medicaid tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các lựa chọn chương trình Medicaid của quý vị (số điện thoại ở Chương 2, Mục 6 của tài liệu này).

- Các lựa chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác có sẵn trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm. Mục 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm.
- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc?** Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về việc thay đổi các chương trình của quý vị. Việc ghi danh của quý vị vào chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Mục 2.2 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** (còn được gọi là Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm sắp tới.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.**
 - **Chọn tiếp tục bảo hiểm hiện tại của quý vị hoặc thực hiện các thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị cho năm sắp tới.** Nếu quý vị quyết định thay đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare
- HOẶC*
- Original Medicare không có một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.
 - **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc trong chương trình của chúng tôi** khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của mình: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh tham gia vào một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể sẽ ghi danh tham gia cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Mục 2.3 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội để thực hiện *một* thay đổi đối với bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong **Giai đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage**.

- **Giai đoạn Ghi Danh Mở hàng năm của Medicare Advantage** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh tham gia một chương trình MA kể từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.
- **Trong Giai đoạn Ghi danh Mở hàng năm của Medicare Advantage** quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Rút tên danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa của Medicare riêng tại thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh tham gia vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị là chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh tham gia một chương trình thuốc theo toa của Medicare, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Mục 2.4 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình vào những thời điểm khác trong năm. Đây được gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc biệt nếu bất kỳ trường hợp nào sau đây áp dụng cho quý vị. Đây chỉ là những ví dụ, để biết danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi cho Medicare hoặc truy cập trang mạng của Medicare (www.medicare.gov):

- Thông thường, khi quý vị đã chuyển đi.
- Nếu quý vị có Medicaid.
- Nếu quý vị đủ điều kiện để được “Trợ Giúp Thêm” trong việc thanh toán cho các toa thuốc Medicare của quý vị.
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.
- Nếu quý vị đang được chăm sóc trong một cơ sở, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể thay đổi chương trình. Chương 5, Mục 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.

Lưu ý: Mục 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid.

- **Các giai đoạn ghi danh khác nhau** tùy thuộc vào tình hình của quý vị.
- **Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt không**, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị đủ điều kiện để chấm dứt tư cách hội viên của mình vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể chọn:
 - Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa,
 - Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare,
 - – hoặc – Original Medicare không có một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của mình: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh tham gia vào một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể sẽ ghi danh tham gia cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

Lưu ý: Các Mục 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid và “Trợ Giúp Thêm”.

Mục 2.5	Quý vị có thể lấy thêm thông tin về khi nào có thể kết thúc tư cách hội viên của mình ở đâu?
----------------	---

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể:

- **Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.**
- Hãy xem thông tin trong sổ tay *Medicare & You 2025*.
- Liên lạc **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048.)

MỤC 3 Quý vị kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi như thế nào?

Bảng dưới đây giải thích việc quý vị nên kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi như thế nào.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:		Đây là điều quý vị cần thực hiện:	
<ul style="list-style-type: none"> Một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác của Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> Ghi danh tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare mới. Phạm vi bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Quý vị sẽ tự động bị rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi đài thọ theo chương trình mới của quý vị bắt đầu. 		
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> Ghi danh tham gia vào chương trình thuốc theo toa mới của Medicare. Phạm vi bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Quý vị sẽ tự động bị rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi đài thọ theo chương trình mới của quý vị bắt đầu. 		

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang: Đây là điều quý vị cần thực hiện:

- Original Medicare *không có* một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare
 - Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh tham gia vào một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể sẽ ghi danh tham gia cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.
 - Nếu quý vị rút tên ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.
- **Gửi cho chúng tôi một văn bản yêu cầu rút tên ghi danh.** Liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách làm việc này.
- Quý vị cũng có thể liên lạc **Medicare**, at theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, và yêu cầu được rút tên ghi danh. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị sẽ bị rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm ở Original Medicare của quý vị bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Nếu có thắc mắc về các quyền lợi Tích Hợp QUEST Kaiser Permanente, hãy liên lạc với dịch vụ khách hàng của Tích Hợp QUEST Kaiser Permanente theo số 1-800-805-2739 (TTY 711), 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. 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 Tích Hợp QUEST.

MỤC 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị phải tiếp tục nhận các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc, và bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận vật dụng, dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.**

1-800-805-2739 (TTY 711), 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

- Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt mua qua bưu điện để nhận toa thuốc của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, thời gian nằm viện sẽ được đài thọ bởi chương trình chúng tôi cho đến khi quý vị được xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).

MỤC 5 Chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi ở một số tình huống nhất định

Mục 5.1 Khi nào chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi?

Chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị với chương trình của chúng tôi nếu bất cứ điều nào sau đây diễn ra:

- Nếu quý vị không còn Medicare Phần A và Phần B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Mục 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người hội đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid.
- Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận Medicaid, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thời gian ân hạn 180 ngày để lấy lại tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medicaid trước khi quý vị được yêu cầu rời khỏi chương trình Kaiser Permanente Dual Complete. Trước khi chấm dứt việc ghi danh của quý vị vào chương trình Kaiser Permanente Dual Complete, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để mang đến cho quý vị cơ hội ghi danh vào một trong các chương trình Medicare 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 Kaiser Permanente Dual Complete.
- 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 địa điểm 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 bị bắt giam (đi tù).
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hay hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác của quý vị mà cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa.
- 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. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được cho phép trước từ Medicare.)

- 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. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được cho phép trước từ Medicare.)
- Nếu quý vị để cho một người khác sử dụng thẻ hội viên của quý vị để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được cho phép trước từ Medicare.)
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán số tiền Phần D bổ sung vì thu nhập của mình và quý vị không thanh toán số tiền đó, Medicare sẽ rút tên ghi danh quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có điều gì thắc mắc hoặc cần thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Mục 5.2 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.

Chúng tôi không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.

Quý vị cần làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy quý vị đang được yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

Mục 5.3 Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi kết thúc 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.

Chương 11: Các thông báo pháp lý

MỤC 1 Thông báo về luật chủ quản

Điều luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này là Tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và các quy chế được lập theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid, hoặc CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). Ngoài ra, các luật liên bang khác có thể được áp dụng và trong những trường hợp nhất định, là luật của tiểu bang quý vị đang sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi luật không được đưa vào hoặc giải thích trong tài liệu này.

MỤC 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, độ tuổi, khuynh hướng tình dục, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, quá trình yêu cầu thanh toán, bệnh sử, thông tin di truyền, bằng chứng về tình trạng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý. Mọi tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ các điều luật liên bang mà phản đối việc phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi Chức Năng năm 1973, Đạo Luật Chống Phân Biệt Đối Xử về Độ Tuổi năm 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật, Mục 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Hợp Túi Tiền, mọi điều luật khác áp dụng cho những tổ chức nhận tài trợ từ liên bang, và bất cứ điều luật và quy định nào khác có thể được áp dụng vì bất cứ lý do nào khác.

Nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc có quan ngại về việc phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, vui lòng gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh tại <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị mắc tình trạng khuyết tật và cần trợ giúp về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi ở 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.

MỤC 3 Thông báo về quyền thay mặt đòi bồi thường của Bên Thanh Toán Phụ Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho những dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là bên thanh toán chính. Theo các quy chế CMS tại 42 Bộ Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) các mục 422.108 và 423.462, Kaiser Permanente Dual Complete, với tư cách là một Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện cùng các quyền thu hồi như Nhà Quản Lý thực hành theo các quy chế CMS tại các tiểu phần B đến D thuộc phần 411 của 42 CFR và các quy định được thiết lập tại mục này thay thế bất cứ điều luật nào của tiểu bang.

MỤC 4 Quản Lý Chứng Từ Bảo Hiểm 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 *Chứng Từ Bảo Hiểm* này.

MỤC 5 Ứng dụng và báo cáo tài chính

Quý vị phải hoàn thành bất kỳ đơn từ, biểu mẫu, hoặc báo cáo nào mà chúng tôi yêu cầu trong hoạt động kinh doanh thông thường của chúng tôi hoặc như quy định trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này.

MỤC 6 Sự chuyển nhượng

Quý vị không thể chuyển nhượng *Chứng Từ Bảo Hiểm* 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.

MỤC 7 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 lệ 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.

MỤC 8 Điều phối quyền lợi

Như được mô tả tại Chương 1, Mục 7, “Cách thức bảo hiểm khác làm việc với chương trình của chúng tôi”, nếu quý vị có bảo hiểm khác, quý vị phải sử dụng bảo hiểm khác đó của quý vị cùng với bảo hiểm của quý vị với tư cách là hội viên Kaiser Permanente Dual Complete để trả 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 16 trong chương này và để biết các khoản thanh toán chính trong các trường hợp bồi thường người lao động, hãy xem Mục 18 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.

MỤC 9 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 đòi hỏi bất cứ dịch vụ nào như thế, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của các dịch vụ đó từ chủ hãng.

MỤC 10 Chứng Từ Bảo Hiểm ràng buộc các hội viên

Bằng cách chọn bảo hiểm hoặc chấp nhận các quyền lợi theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* 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 *Chứng Từ Bảo Hiểm* này.

MỤC 11 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.

MỤC 12 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.

MỤC 13 Không khước từ

Việc chúng tôi không thực thi bất kỳ điều khoản nào của *Chứng Từ Bảo Hiểm* 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 này.

MỤC 14 Các 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 tài liệu 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.

MỤC 15 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.

MỤC 16 Trách nhiệm của bên thứ ba

Như được trình bày tại Chương 1, Mục 7, các bên thứ ba mà gây ra chấn thương hay bệnh tật cho quý vị (và/hoặc các công ty bảo hiểm của họ) thường phải trả trước khi Medicare hay chương trình của chúng tôi trả. 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: Mục “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 pháp lý, tài xế lái xe gây tai nạn không có bảo hiểm, tài xế lái xe gây tai nạn có bảo hiểm dưới mức, bổ sung cho 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.

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:

Kaiser Permanente
Patient Financial Services Department
Insurance Follow-up Manager
711 Kapiolani Blvd.
Honolulu, HI 96813

Để chúng tôi xác định sự tồn tại của bất cứ quyền nào 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 chuyên nhượng hay những tài liệu khác, kể cả các mẫu đơn về quyền sai áp tài sản để thế nợ 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.

MỤC 17 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.

MỤC 18 Bồi thường cho người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm của hãng sở

Như được trình bày tại Chương 1, Mục 7, bồi thường cho người lao động thường phải trả trước Medicare hay chương trình của chúng tôi. 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 người sử dụng lao động. 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 người sử dụng lao động. Chúng tôi sẽ cung cấp những dịch vụ được đài thọ 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 đài thọ 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 sót sót 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 người sử dụng lao động.

MỤC 19 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 đài thọ 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.

MỤC 20 Phân Xử Qua Trọng Tài Có Giá Trị 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 tham gia vào Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan với ngày hiệu lực trước ngày 1 tháng 1 năm 2008; và
- Tất cả những hội viên đã ghi danh tham gia vào Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan với ngày có hiệu lực trước ngày 1 tháng 1, 2008 hoặc sau đó đã không hủy đăng ký thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc bằng cách nộp Thông Báo Hủy Đăng Ký Trọng Tài đã được gửi về cho quý vị cùng với thẻ nhận diện.

Trừ khi được quy định trong chương này hoặc theo luật áp dụng, bất cứ và tất cả yêu cầu thanh toán, tranh chấp hoặc nguyên nhân tố tụng phát sinh từ hoặc liên quan đến *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, việc thực hiện hoặc bị cáo buộc vi phạm hoặc mối quan hệ hoặc hành vi của các bên, bao gồm nhưng không giới hạn ở bất kỳ và tất cả yêu cầu thanh toán, tranh chấp hoặc nguyên nhân tố tụng dựa trên hợp đồng, sai sót, luật thành văn hoặc hành động công bằng, sẽ được giải quyết bằng phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc.

Bằng cách ghi danh tham gia một chương trình Kaiser Permanente Medicare Advantage, quý vị từ bỏ mọi quyền yêu cầu tòa án quyết định những loại yêu cầu bồi thường này. Quyết định của trọng tài có giá trị ràng buộc.

Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở bất kỳ yêu cầu thanh toán nào được khẳng định:

1. Bồi hoặc cho Hội Viên, bệnh nhân, người thừa kế hoặc người đại diện cá nhân về tài sản của Hội Viên hoặc bệnh nhân hoặc bất kỳ người nào khác có quyền khởi kiện đòi bồi thường thiệt hại, phát sinh từ hoặc liên quan đến tổn hại cho hội viên hoặc bệnh nhân như được cho phép bởi luật áp dụng của liên bang hoặc tiểu bang Hawaii tại thời điểm nộp đơn yêu cầu bồi thường (“Các Bên Hội Viên”). Nhằm mục đích của *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, tất cả thành viên gia đình của hội viên hoặc bệnh nhân có yêu cầu thanh toán phát sinh từ tổn hại đó cũng sẽ được coi là “Các Bên Hội viên” và bị ràng buộc bởi những điều khoản trọng tài này;
2. Do tử vong, thương tích cơ thể, bệnh tật về thể chất, rối loạn tâm thần hoặc tổn thất kinh tế phát sinh từ việc cung cấp hoặc không cung cấp dịch vụ y tế hoặc cung cấp hoặc không cung cấp quyền lợi theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, ngoại trừ khi phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc không được luật áp dụng cho phép rõ ràng, trách nhiệm pháp lý của chủ tài sản hoặc phát sinh từ bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác thuộc bất cứ bản chất nào, bất kể lý thuyết pháp lý mà yêu cầu bồi thường được khẳng định theo đó; và
3. Bồi hoặc cho một hoặc nhiều tổ chức sau đây hoặc nhân viên, cán bộ hoặc giám đốc của họ (“Các Bên Kaiser Permanente”):
 - Kaiser Foundation Health Plan, Inc.,
 - Kaiser Foundation Hospitals,
 - Hawaii Permanente Medical Group, Inc.,
 - The Permanente Federation, LLC,
 - Bất cứ cá nhân hoặc tổ chức nào ký hợp đồng với một tổ chức có tên ở trên để cung cấp dịch vụ y tế cho các Hội Viên Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, khi hợp đồng đó bao gồm điều khoản yêu cầu phân xử qua trọng tài yêu cầu bồi thường được đưa ra.

Mặc dù có bất cứ quy định nào trái ngược trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, các yêu cầu thanh toán sau đây sẽ không phải chịu phân xử bắt buộc qua trọng tài:

- yêu cầu thanh toán thiệt hại bằng tiền trong giới hạn thẩm quyền của Ban Yêu Cầu Thanh Toán Nhỏ của Tòa Án Quận Tiểu Bang Hawaii;
- thủ tục chỉ định người giám hộ hợp pháp của một người hoặc tài sản theo luật chứng thực di chúc;
- các lệnh mang tính chất bắt buộc thuần túy cần thiết một cách hợp lý để bảo vệ khả năng của Kaiser Permanente trong việc cung cấp các dịch vụ y tế một cách an toàn theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này (chẳng hạn như lệnh cấm tạm thời và lệnh khẩn của tòa án);
- những yêu cầu thanh toán có thể không phải chịu phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật liên bang hoặc tiểu bang áp dụng;
- đối với các hội viên Medicare, các yêu cầu thanh toán phải tuân theo quy trình khiếu nại của Medicare.

Khởi kiện qua trọng tài

Yêu cầu phân xử qua trọng tài sẽ được bắt đầu bằng cách gửi thư đã đăng ký hoặc được chứng nhận đến từng bên có tên chống lại người đưa ra yêu cầu thanh toán, kèm theo thông báo về việc có và bản chất của yêu cầu thanh toán, số tiền yêu cầu và yêu cầu phân xử qua trọng tài. Bất cứ Bên Kaiser Permanente nào sẽ được tổng đạt bằng thư đăng ký hoặc có chứng nhận, trả trước bưu phí, gửi đến các Bên Kaiser Permanente phụ trách Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe tại Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Dịch Vụ Hội Viên, 711 Kapiolani Boulevard, Honolulu, HI 96813. Trọng tài phân xử sẽ chỉ có thẩm quyền xét xử đối với những người và tổ chức thực sự được tổng đạt.

Quy trình tổ tụng phân xử qua trọng tài

Trong thời hạn 30 ngày sau khi tổng đạt yêu cầu phân xử qua trọng tài, các bên sẽ thỏa thuận về hội đồng trọng tài để lựa chọn trọng tài phân xử hoặc thỏa thuận về những trọng tài phân xử cụ thể sẽ tham gia vụ việc. Nếu các bên không thể thống nhất được bất cứ hội đồng trọng tài hoặc trọng tài phân xử cụ thể nào trong vòng 30 ngày thì hội đồng trọng tài sẽ là của Dispute Prevention and Resolution, Inc. (“DPR”). Trừ khi các bên đồng ý với bất cứ quy tắc và dịch vụ phân xử qua trọng tài nào khác, DPR sẽ quản lý việc phân xử qua trọng tài và các quy tắc trọng tài của DPR sẽ kiểm soát việc phân xử qua trọng tài (bao gồm các quy tắc lựa chọn trọng tài từ một hội đồng trọng tài, nếu các bên chưa đồng ý về trọng tài tham gia cụ thể). Kaiser Permanente sẽ thông báo cho DPR (hoặc dịch vụ trọng tài khác mà các bên có thể lựa chọn) về phân xử qua trọng tài trong vòng 15 ngày sau khi hết thời hạn 30 ngày nêu trên.

Trong vòng 30 ngày lịch sau khi thông báo cho DPR, các bên sẽ chọn một hội đồng gồm ba trọng tài từ danh sách được dịch vụ phân xử qua trọng tài gửi cho họ. Trong tất cả yêu cầu thanh toán đòi số tiền thu hồi tổng cộng ít hơn \$25,000.00 và trong bất kỳ trường hợp nào khác mà các bên đồng ý, sẽ cho phép một hội đồng gồm một trọng tài phân xử được cả hai bên lựa chọn từ danh sách do dịch vụ trọng tài gửi cho họ. (Các) trọng tài phân xử sẽ sắp xếp tổ chức điều trần tại Honolulu (hoặc địa điểm khác theo thỏa thuận của các bên) trong khoảng thời gian hợp lý sau đó.

Công tác điều tra tìm hiểu dân sự có giới hạn chỉ được phép cung cấp các tài liệu có liên quan và quan trọng, lấy lời khai ngắn gọn của bác sĩ điều trị, nhân chứng chuyên môn và các bên (một bên của công ty sẽ chỉ định người cung cấp bằng chứng thay mặt cho công ty) và tối đa của ba nhân chứng quan trọng khác cho mỗi bên (tức là bị đơn hoặc người yêu cầu bồi thường) và các đánh giá y tế độc lập.

(Các) trọng tài phân xử sẽ giải quyết bất cứ tranh chấp nào về phát hiện do bất cứ bên nào đệ trình, bao gồm cả việc đưa ra các lệnh bảo vệ hoặc các lệnh điều tra tìm hiểu khác nếu thích hợp để bảo vệ quyền của các bên theo đoạn này.

Bất cứ khoản thanh toán nào về phí và chi phí cho dịch vụ trọng tài và (các) trọng tài phân xử sẽ do Các Bên Hội Viên chịu một phần ba và hai phần ba do Các Bên Kaiser Permanente chịu. Mỗi bên sẽ tự chịu phí luật sư, phí làm chứng và chi phí điều tra tìm hiểu.

(Các) trọng tài phân xử có thể quyết định yêu cầu về bản tóm tắt xử lý đối với yêu cầu thanh toán hoặc vấn đề cụ thể, theo yêu cầu của một bên tham gia tố tụng kèm theo thông báo cho tất cả bên khác và cơ hội hợp lý để các bên khác phản hồi. Các tiêu chuẩn áp dụng cho yêu cầu đó sẽ là những tiêu chuẩn áp dụng cho các kiến nghị tương tự đối với tóm tắt phán quyết hoặc bác bỏ theo Quy Tắc Tố Tụng Dân Sự Liên Bang.

Trong các yêu cầu thanh toán liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này hoặc tranh chấp liên quan đến việc vận hành Chương Trình, các quyết định và diễn giải của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cũng như các quyết định của Chương Trình về những vấn đề này đều phải được xem xét lại. Phán quyết trọng tài sẽ là phán quyết cuối cùng và có giá trị ràng buộc. Các Bên Hội Viên và Các Bên Kaiser Permanente từ bỏ quyền tham gia bồi thẩm đoàn hoặc xét xử tại tòa án. Đối với bất kỳ vấn đề nào không được quy định rõ ràng ở đây, việc phân xử qua trọng tài sẽ được điều chỉnh bởi Đạo Luật Trọng Tài Liên Bang, 9 U.S.C. Chương 1.

Điều khoản chung

Tất cả yêu cầu thanh toán dựa trên cùng một sự vụ, giao dịch hoặc các trường hợp liên quan về cùng một hội viên hoặc cùng một bệnh nhân sẽ được phân xử qua trọng tài bằng một thủ tục tố tụng (ví dụ: tất cả Các Bên Hội Viên khẳng định các yêu cầu thanh toán phát sinh từ chấn thương của cùng một Hội Viên Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe sẽ được phân xử qua trọng tài bằng một thủ tục tố tụng).

Yêu cầu phân xử qua trọng tài sẽ bị từ bỏ và bị vô hiệu vĩnh viễn nếu vào ngày nhận được thông báo, yêu cầu đó, nếu khi đó được đưa ra trong một vụ kiện dân sự, sẽ bị cấm theo quy chế giới hạn hiện hành của Hawaii. Tất cả thông báo hoặc giấy tờ khác cần thiết để được tổng đạt hoặc thuận tiện cho việc tiến hành tố tụng trọng tài sau lần tổng đạt đầu tiên sẽ được gửi qua đường bưu điện, trả trước bưu phí, đến địa chỉ mà mỗi bên cung cấp cho mục đích này. Nếu Đạo Luật Trọng Tài Liên Bang hoặc luật khác áp dụng cho các điều khoản trọng tài này được coi là cấm bất kỳ điều khoản nào trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này trong bất kỳ trường hợp cụ thể nào thì (các) điều khoản đó sẽ có thể tách biệt trong trường hợp đó và phần còn lại của *Chứng Từ Bảo Hiểm* sẽ không bị ảnh hưởng bởi điều đó. Nghiêm cấm các vụ kiện tập thể và việc hợp nhất các bên khẳng định yêu cầu thanh toán liên quan đến nhiều hội viên hoặc bệnh nhân. Các quy định về trọng tài trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này sẽ thay thế những quy định đó trong bất kỳ *Chứng Từ Bảo Hiểm* trước đây nào.

Bảo mật phân xử qua trọng tài

Chứng Từ Bảo Hiểm này liên quan đến thông tin y tế cá nhân được luật bảo vệ về tính bảo mật của thông tin. Cả bên và (các) trọng tài đều không được tiết lộ nội dung của tố tụng trọng tài hoặc phán quyết, trừ khi luật quy định hoặc khi cần thiết để gửi kiến nghị về phán quyết theo Đạo Luật Trọng Tài Liên Bang, tại bất cứ tòa án liên bang hoặc tiểu bang nào có thẩm quyền xét xử phù hợp trong phạm vi Hawaii, và trong trường hợp đó, các bên sẽ thực hiện tất cả hành động thích hợp để yêu cầu hồ sơ trọng tài được nộp cho tòa án ở dấu niêm phong.

Yêu cầu thanh toán đặc biệt

Yêu cầu thanh toán cho sơ suất khi hành nghề y khoa:

Trước khi bắt đầu bất cứ tố tụng trọng tài nào cáo buộc sơ suất khi hành nghề y khoa, Các Bên Hội Viên trước tiên phải gửi yêu cầu thanh toán lên Hội Đồng Điều Tra và Hòa Giải Y Tế theo Chương 671, Quy Chế Đã Sửa Đổi của Hawaii, Mục 11–19. Sau khi Hội Đồng Điều Tra và Hòa Giải Y Khoa đưa ra quyết định tư vấn, nếu yêu cầu thanh toán chưa được rút lại hoặc giải quyết, Các Bên Hội Viên sẽ tổng đạt yêu cầu phân xử qua trọng tài cho Các Bên Kaiser Permanente như được quy định trong mục “Phân xử qua trọng tài ban đầu”.

Yêu cầu thanh toán quyền lợi:

Nếu Các Bên Hội Viên có yêu cầu thanh toán cho các quyền lợi bị từ chối hoặc bỏ qua (toàn bộ hoặc một phần), Bên Hội Viên có thể khởi kiện tại tòa án liên bang hoặc tiểu bang, nếu thích hợp, sau khi Bên Hội Viên đã sử dụng hết quy trình về yêu cầu thanh toán và khiếu nại và, nếu có, quy trình đánh giá bên ngoài. Tòa án sẽ quyết định ai sẽ phải trả chi phí tòa án và phí pháp lý. Nếu Bên Hội Viên thắng kiện, tòa án có thể yêu cầu cá nhân hoặc tổ chức mà Bên Hội Viên đã khởi kiện phải trả những chi phí và phí này. Nếu Bên Hội Viên thua kiện, tòa án có thể yêu cầu Bên Hội Viên thanh toán những chi phí và phí này, ví dụ: nếu tòa án thấy yêu cầu thanh toán của Bên Hội Viên là vô căn cứ. Nếu Bên Hội Viên có bất cứ thắc mắc nào về chương trình của Bên Hội Viên, Bên Hội Viên nên liên lạc với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe theo số 1-800-966-5955. Mặc dù các yêu cầu thanh toán liên quan đến quyền lợi có thể không bắt buộc phải được giải quyết bằng phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo mục này, Các Bên Hội Viên vẫn có thể tự nguyện lựa chọn sử dụng phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc để giải quyết những yêu cầu thanh toán này, thay vì xét xử tại tòa án, bằng cách gửi yêu cầu phân xử qua trọng tài chống lại Các Bên Kaiser Permanente theo các quy định của mục “Phân xử qua trọng tài ban đầu”. Nếu Bên Hội Viên tự nguyện lựa chọn sử dụng phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc thì việc phân xử qua trọng tài sẽ được tiến hành theo Mục 20 này và Chương 9.

Khiếu Nại Bên Ngoài về Các Quyết Định Đánh Giá Nội Bộ:

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định nội bộ cuối cùng về quyền lợi của Kaiser Permanente, quý vị có thể yêu cầu phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc tự nguyện theo các thủ tục trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này. Ngoài các thủ tục trọng tài quy định tại *Chứng Từ Bảo Hiểm* này mà có thể được Hội Viên chọn (nhưng không bắt buộc), Quy Chế Đã Sửa Đổi của Hawaii Chương 432E cũng tạo ra một số quyền đánh giá bên ngoài nhất định để Hội Viên gửi yêu cầu đánh giá bên ngoài tới Ủy Viên Bảo Hiểm Tiểu Bang trong vòng 130 ngày kể từ ngày Kaiser có quyết định nội bộ cuối cùng. Những quyền này tuân theo các giới hạn được ghi trong đoạn tiếp theo và tuân theo các yêu cầu và giới hạn trong Quy Chế Đã Sửa Đổi của Hawaii Chương 432E (bao gồm việc xem xét kỹ lưỡng tất cả các thủ tục về yêu cầu thanh toán và than phiền nội bộ của Kaiser Permanente trước khi yêu cầu đánh giá bên ngoài, ngoại trừ như được quy định trong Chương 432E đối với các trường hợp được phép tiến hành đánh giá bên ngoài đồng thời hoặc Kaiser Permanente đã không tuân thủ các yêu cầu của liên bang về quy trình yêu cầu thanh toán và khiếu nại của họ). Mô tả đầy đủ quy trình về yêu cầu thanh toán và khiếu nại của Kaiser Permanente được mô tả trong Chương 9.

Các đánh giá bên ngoài ở Chương 432E được giới hạn trong các tình huống trong đó (a) than phiền không phải do cáo buộc về sơ suất khi hành nghề y khoa, sơ suất chuyên môn hoặc lỗi chuyên môn khác của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và (b) than phiền liên quan đến hành động bất lợi như được định nghĩa trong Quy chế Đã Sửa Đổi của Hawaii Chương 432E. Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có thể phản đối các đánh giá bên ngoài theo Chương 432E mà không đáp ứng các tiêu chuẩn về đánh giá bên ngoài theo luật áp dụng của liên bang và tiểu bang và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe bảo lưu toàn bộ quyền và biện pháp khắc phục về vấn đề này. Việc viện dẫn các điều khoản của pháp tiểu bang sẽ không được coi là cấu thành bất kỳ từ bỏ sự phản đối nào.

Các yêu cầu thanh toán của Hội Viên Kaiser Permanente Medicare Advantage:

Các thủ tục than phiền và khiếu nại được mô tả trong Chương 9, “Những việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề hoặc có than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)” của tài liệu này. Các quy định trọng tài của *Chứng Từ Bảo Hiểm* này chỉ áp dụng cho các yêu cầu thanh toán của Hội Viên Kaiser Permanente Medicare Advantage được xác nhận do sơ suất khi hành nghề y khoa hoặc vi phạm nghĩa vụ pháp lý phát sinh từ *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, bất kể lý thuyết pháp lý mà theo đó yêu cầu thanh toán được khẳng định.

Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng

Mức Trợ Cấp – Số tiền tín dụng mà quý vị có thể sử dụng cho chi phí của một vật dụng. Nếu chi phí của (các) vật dụng hoặc (các) dịch vụ mà quý vị chọn vượt quá số tiền trợ cấp, quý vị sẽ phải trả số tiền vượt quá khoản trợ cấp đó, mà không áp dụng cho số tiền tự trả tối đa.

Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú – Một Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú là một cơ quan hoạt động chỉ với mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu lại trung tâm của họ dự kiến không quá 24 giờ.

Khiếu Nại – Một khiếu nại là một việc mà quý vị làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi từ chối một yêu cầu bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc theo toa, hoặc việc thanh toán cho các dịch vụ hay thuốc mà quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể lập một khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi ngưng cung cấp các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Thời Kỳ Hưởng Quyền Lợi – Cách thức mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare dùng để đánh giá việc quý vị sử dụng các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Một thời kỳ hưởng quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời kỳ hưởng quyền lợi chấm dứt khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào một bệnh viện hay một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một thời kỳ hưởng quyền lợi đã kết thúc, một thời kỳ hưởng quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không có giới hạn về số lượng thời hạn hưởng quyền lợi.

Sản Phẩm Sinh Học – Thuốc theo toa được làm từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác nên các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (xem thêm “**Sản Phẩm Sinh Học Gốc**” và “**Thuốc Sinh Học Tương Tự.**”).

Thuốc Sinh Học Tương Tự – Một sản phẩm sinh học rất giống nhưng không giống với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự có độ an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể dùng thay thế cho chế phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới (xem “**Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Hoán Đổi Cho Nhau**”).

Thuốc Biệt Dược – Một loại thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm nghiên cứu và phát triển loại thuốc đó ban đầu. Thuốc biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt tính như phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không được cung cấp cho đến sau khi bằng sáng chế của thuốc biệt dược đó đã hết hạn.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong quyền lợi thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi tiêu \$2,000 đối với các loại thuốc được đài thọ Phần D trong năm được bảo hiểm. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả gì cho thuốc được đài thọ theo Phần D của mình.

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

Tiền Đồng Bảo Hiểm – Một số tiền quý vị có thể được yêu cầu trả, được biểu thị bằng phần trăm (ví dụ 20%) như là phần chia sẻ của quý vị đối với các dịch vụ hoặc thuốc theo toa sau khi quý vị trả bất cứ tiền khấu trừ nào.

Than Phiền – Tên chính thức của làm đơn than phiền là **nộp đơn phàn nàn**. Quy trình than phiền chỉ được sử dụng để giải quyết một số loại vấn đề. Bao gồm những vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Nó cũng bao gồm các than phiền nếu chương trình của quý vị không tuân theo các khoảng thời gian trong quy trình khiếu nại.

Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) – Một cơ sở mà chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau một căn bệnh hay chấn thương, và cung cấp nhiều loại dịch vụ, bao gồm dịch vụ vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hay tâm lý, dịch vụ trị liệu hô hấp, trị liệu vận động và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ, và dịch vụ đánh giá môi trường nhà ở.

Điều Phối Các Quyền Lợi (COB) – Điều Phối Các Quyền Lợi là một điều khoản được dùng để thiết lập trình tự mà theo đó các yêu cầu thanh toán được chi trả khi quý vị có bảo hiểm khác. Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm hoặc đài thọ y tế khác, mỗi loại đài thọ được gọi là “bên thanh toán”. Khi có nhiều hơn một bên thanh toán, sẽ có các quy tắc “phối hợp quyền lợi” để quyết định bên nào trả tiền trước. Trước tiên “bên thanh toán chính” trả số tiền mà họ nợ trên hóa đơn của quý vị, sau đó gửi phần còn lại cho “bên thanh toán phụ” để trả. Nếu phần thanh toán nợ chúng tôi được gửi trực tiếp cho quý vị, theo luật Medicare, quý vị phải giao phần thanh toán này cho chúng tôi. Trong một số trường hợp, cũng có thể có một bên thứ ba. Xem Chương 1, Mục 7 và Chương 11, Mục 8 để biết thêm thông tin.

Tiền Đồng Trả(hoặc đồng trả) – Một số tiền quý vị có thể được yêu cầu trả như phần chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc nguồn cung y tế, như khám bác sĩ, khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc mua thuốc theo toa. Tiền đồng trả là một số tiền cố định (ví dụ \$10), không phải một tỉ lệ phần trăm.

Phân Chia Sẻ Chi Phí – Phân chia sẻ chi phí là những số tiền mà một hội viên phải trả khi nhận các dịch vụ hay thuốc. Phân chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ kết hợp nào của ba loại khoản thanh toán sau: (1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ; (2) bất kỳ số tiền đồng trả cố định nào mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ số tiền đồng bảo hiểm nào, một tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể. **Lưu ý:** Trong một số trường hợp, quý vị có thể không phải trả mọi phần chia sẻ chi phí được áp dụng vào lúc quý vị nhận những dịch vụ đó, và sau đó chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn cho phần chia sẻ chi phí. Ví dụ: nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc không phải phòng ngừa trong một lần khám chăm sóc phòng ngừa theo lịch trình, sau đó chúng tôi có thể lập hóa đơn cho quý vị về phần chia sẻ chi phí áp dụng cho dịch vụ chăm sóc không phải phòng ngừa đó. Đối với các vật dụng đã đặt hàng trước, quý vị sẽ phải thanh toán chi phí chia sẻ có hiệu lực vào ngày đặt hàng (mặc dù chúng tôi sẽ không đài thọ vật dụng này trừ khi quý vị vẫn còn bảo hiểm cho vật dụng này vào ngày nhận được) và quý vị có thể phải thanh toán chi phí chia sẻ khi đặt hàng vật dụng đó. Đối với thuốc theo toa ngoại chẩn, ngày yêu cầu là ngày mà nhà thuốc xử lý đơn thuốc đó sau khi nhận được mọi thông tin mà họ cần để cấp thuốc theo toa đó.

Bậc Chia Sẻ Chi Phí – Mỗi loại thuốc trong danh sách thuốc được đài thọ đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí của quý vị cho thuốc đó càng cao.

Xác Định Phạm Vi Bảo Hiểm – Một quyết định về việc liệu loại thuốc được kê toa cho quý vị có được chương trình của chúng tôi đài thọ hay không và quý vị cần thanh toán cho toa thuốc số tiền là bao nhiêu, nếu có áp dụng. Nói chung, nếu quý vị mang thuốc theo toa của quý vị đến một nhà thuốc và nhà thuốc đó cho biết thuốc theo toa đó không được đài thọ theo chương trình chúng tôi, đó không phải là một sự xác định đài thọ. Quý vị cần gọi điện thoại hoặc viết thư cho chương trình của quý vị để yêu cầu một quyết định chính thức về việc bảo hiểm. Những xác định đài thọ được gọi là những quyết định đài thọ trong tài liệu này.

Thuốc Được Đài Thọ – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Các Dịch Vụ Được Đài Thọ – Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để nói về mọi dịch vụ và vật dụng chăm sóc sức khỏe được đài thọ theo chương trình của chúng tôi.

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Được Công Nhận – Bảo hiểm thuốc theo toa (ví dụ: từ một hãng sở hay nghiệp đoàn) dự kiến sẽ thanh toán, trung bình, số tiền ít nhất bằng với mức bảo hiểm thuốc theo toa thông thường của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện với Medicare thường có thể giữ phần bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh tham gia vào bảo hiểm thuốc theo toa Medicare sau đó.

Chăm Sóc Sinh Hoạt Hàng Ngày – Chăm sóc sinh hoạt hàng ngày là chăm sóc cá nhân được cung cấp tại một viện dưỡng lão, một cơ sở chăm sóc cuối đời hay môi trường cơ sở khác khi quý vị không cần dịch vụ chăm sóc y tế chuyên môn hay chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc sinh hoạt hàng ngày, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hay đào tạo chuyên môn, bao gồm việc trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, ăn uống, lên hoặc ra khỏi giường hoặc ghế, đi lại và sử dụng phòng vệ sinh. Dịch vụ này cũng bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người đều tự làm, như việc sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không trả tiền cho dịch vụ chăm sóc sinh hoạt hàng ngày.

Mức Chia Sẻ Chi Phí Hàng Ngày – Một mức chia sẻ chi phí hàng ngày có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa cho quý vị ít hơn số lượng trọn một tháng cho một số thuốc và quý vị phải trả một khoản tiền đồng trả. Một mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản tiền đồng trả được chia ra theo số ngày thuốc trong một tháng. Dưới đây là một ví dụ: Nếu tiền đồng trả của quý vị cho số lượng thuốc dùng trong một tháng là \$30, và số lượng thuốc trong một tháng ở chương trình quý vị là 30 ngày, “mức chia sẻ chi phí hàng ngày” của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Tiền Khấu Trừ – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc toa thuốc trước khi chương trình của chúng tôi thanh toán.

Hủy Ghi Danh hoặc Rút Tên Ghi Danh – Quá trình kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Phát – Một khoản phí được tính mỗi lần phát một loại thuốc được đài thọ để thanh toán chi phí mua thuốc theo toa, như thời gian chuẩn bị và đóng gói toa thuốc của dược sĩ.

Danh sách thuốc – Danh sách các loại thuốc theo toa được bảo hiểm của chúng tôi chi trả.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP) – Một loại chương trình ghi danh những cá nhân được hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ một chương trình tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang đài thọ một số hoặc toàn bộ chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tính đủ điều kiện của cá nhân.

Cá Nhân Đủ Điều Kiện Kép – Một người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền (DME) – Một số thiết bị y khoa được bác sĩ yêu cầu vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng chống, hệ thống nệm điện, vật tư dành cho bệnh nhân tiểu đường, dụng cụ bơm truyền dịch IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ô-xy, máy xông khí dung hoặc giường bệnh do nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà.

Cấp Cứu – Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người dân cần trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, cho rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần sự chăm sóc y tế tức thời để tránh mất mạng (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, sảy thai), mất một chi hoặc mất chức năng của một chi hoặc mất hoặc suy yếu 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: (1) được cung cấp bởi nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng cấp cứu y tế.

Tình Trạng Cấp Cứu Y Tế – Một bệnh trạng hay tình trạng sức khỏe tinh thần biểu hiện qua những triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm cơn đau dữ dội), đến nỗi một người bình thường thận trọng với hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa có thể suy luận hợp lý rằng nếu không được chăm sóc y tế tức thời sẽ dẫn đến:

- Tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng cho sức khỏe của người đó hoặc, trong trường hợp của một phụ nữ mang thai thì đó là sức khỏe của người phụ nữ hoặc đứa trẻ chưa sinh;
- Sự suy yếu nghiêm trọng cho chức năng cơ thể; hoặc
- Rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ bộ phận hoặc phần cơ thể.

Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và Tiết Lộ Thông Tin – Tài liệu này, cùng với mẫu ghi danh của quý vị hay bất cứ bản đính kèm nào khác, các điều khoản phụ hay phần bảo hiểm tùy chọn khác được lựa chọn, mà giải thích phạm vi bảo hiểm của quý vị, những điều chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị và những điều quý vị phải làm với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Ngoại Lệ – Một loại quyết định bảo hiểm, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị nhận một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (một ngoại lệ danh mục thuốc) hoặc nhận một loại thuốc không được ưu tiên với mức chia sẻ chi phí thấp hơn (một ngoại lệ về bậc thuốc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu sự cho phép trước cho một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn bỏ giới hạn tiêu chí (một ngoại lệ về danh mục thuốc).

Thuốc Loại Trừ – Thuốc không phải là “thuốc Phần D được đài thọ”, như được định nghĩa theo 42 U.S.C. Mục 1395w-102(e).

Trợ Giúp Thêm – Một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare, như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Một loại thuốc theo toa được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt vì có cùng (các) thành phần hoạt tính như thuốc biệt dược. Nói chung, thuốc “gốc” hoạt động tương tự như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn.

Phàn Nàn Tích hợp – Một loại than phiền quý vị đưa ra về chương trình, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm than phiền liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều này không liên quan đến tranh chấp về bảo hiểm hoặc tranh chấp về việc thanh toán.

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).

Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia – Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị nhận được tại nhà của quý vị để điều trị một căn bệnh hay chấn thương. Các dịch vụ được đài thọ được liệt kê tại Bảng Quyền Lợi Y Tế tại Chương 4, Mục 2. Chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà theo quy định của Medicare. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia có thể bao gồm các dịch vụ từ một nhân viên chăm sóc sức khỏe tại gia nếu những dịch vụ đó thuộc kế hoạch chăm sóc sức khỏe tại gia cho căn bệnh hay chấn thương của quý vị. Chúng không được đài thọ trừ khi quý vị cũng đang nhận một dịch vụ chuyên môn được đài thọ. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia không bao gồm những dịch vụ người quản gia, những sắp xếp dịch vụ thức ăn hay chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà.

Cơ Sở Chăm Sóc Cuối Đời – Quyền lợi cung cấp phương pháp điều trị đặc biệt cho hội viên đã được chứng nhận về mặt y tế là bị bệnh nan y, nghĩa là có tuổi thọ từ 6 tháng trở xuống. Chúng tôi, chương trình của chúng tôi, phải cung cấp cho quý vị một danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời tại khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục trả phí bảo hiểm thì quý vị vẫn là hội viên của chương trình chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận mọi dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Lưu trú Nội trú Bệnh viện – Thời gian nằm viện khi quý vị được chính thức nhập viện để nhận được các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi lưu trú tại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ trả phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phụ phí được thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Chưa đến 5% người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả khoản phí bảo hiểm cao hơn.

Giai đoạn chi trả ban đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí tự trả của quý vị trong năm đạt đến ngưỡng chi phí tự trả.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị lần đầu tiên hội đủ điều kiện với Medicare, khoảng thời gian khi quý vị có thể đăng ký với Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị đủ điều kiện với Medicare khi quý vị được 65 tuổi, Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là thời hạn 7 tháng bắt đầu từ 3 tháng trước tháng mà quý vị được 65 tuổi, bao gồm cả tháng khi quý vị được 65 tuổi, và kết thúc 3 tháng sau tháng khi quý vị được 65 tuổi.

D-SNP Tích Hợp – Một D-SNP đài thọ cho Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất cho một số nhóm người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này cũng được gọi là cá nhân đủ điều kiện nhận toàn bộ lợi ích kép.

Chăm Sóc Nội Trú Tại Bệnh Viện – Dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được trong thời gian nằm viện nội trú tại một bệnh viện đa khoa chăm sóc cấp tính.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) của Viện – Một chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện cư trú liên tục hoặc dự kiến sẽ cư trú liên tục trong 90 ngày hoặc lâu hơn tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Các cơ sở này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Cơ Sở Chăm Sóc Trung Cấp dành cho Người Khiếm Khuyết Trí Tuệ (ICF/IID), cơ sở tâm thần nội trú và/hoặc các cơ sở được phê duyệt bởi CMS cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự được bao trả theo Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid; và cư dân của họ có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự như các loại cơ sở được nêu tên khác. Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Viện phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) (các) cơ sở LTC cụ thể.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) Tương Đương Viện – Một chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện sống trong cộng đồng nhưng yêu cầu mức độ chăm sóc của viện dựa trên đánh giá của tiểu bang. Việc đánh giá phải được thực hiện bằng cách sử dụng cùng một công cụ đánh giá mức độ chăm sóc tương ứng của tiểu bang và được quản lý bởi một thực thể không phải là tổ chức cung cấp chương trình. Loại Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú tại cơ sở trợ giúp sinh hoạt có hợp đồng (assisted living facility, ALF) nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên môn một cách đồng nhất.

Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Hoán Đổi Cho Nhau: – Một loại thuốc sinh học tương tự có thể được sử dụng để thay thế cho sản phẩm tương tự sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì nó đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến tiềm năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

Quyết Định của Tổ Chức Tích Hợp – Một quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc liệu các vật dụng hoặc các dịch vụ có được đài thọ hay không hoặc quý vị phải thanh toán bao nhiêu cho các vật dụng hoặc dịch vụ được đài thọ đó. Những quyết nghị của tổ chức được gọi là những quyết định đài thọ trong tài liệu này.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan) – Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Khu Vực Hawaii, là một công ty phi lợi nhuận và một tổ chức Medicare Advantage. *Chứng Từ Bảo Hiểm* này đôi khi đề cập đến Health Plan là “chúng tôi” hoặc ”chúng ta”.

Kaiser Foundation Hospital – Một bệnh viện thuộc mạng lưới do Kaiser Foundation Hospitals làm chủ và điều hành.

Kaiser Permanente – Health Plan, Medical Group và Kaiser Foundation Hospitals.

Khu Vực Kaiser Permanente (Khu Vực) – Tổ chức Kaiser Foundation Health Plan thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe với dịch vụ trực tiếp. Khi quý vị ở bên ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi, quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế và chăm sóc kéo dài cho những bệnh trạng mạn tính từ những nhà cung cấp được chỉ định tại khu vực phục vụ của một Khu Vực Kaiser Permanente khác. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo Chương 3, Mục 2.4.

Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ (Danh Mục Thuốc hay Danh Sách Thuốc) – Một danh sách các loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi đãi thọ.

Bệnh Viện Chăm Sóc Dài Hạn – Một bệnh viện chăm sóc cấp tính được Medicare chứng nhận thường cung cấp các dịch vụ được đãi thọ của Medicare như phục hồi chứng năng toàn diện, trị liệu hô hấp, điều trị chấn thương đầu và quản lý cơn đau. Họ không phải là những cơ sở chăm sóc dài hạn như các cơ sở dưỡng bệnh hay hỗ trợ sinh hoạt.

Trợ Cấp Thu Nhập Thấp (Low Income Subsidy, LIS) – Xem “Trợ Giúp Thêm”.

Chương Trình Giảm Giá Của Nhà Sản Xuất – Một chương trình trong đó các nhà sản xuất thuốc thanh toán một phần trong toàn bộ chi phí của chương trình chúng tôi cho các loại thuốc biệt dược Phần D và sinh phẩm được đãi thọ. Chiết khấu dựa trên thỏa thuận giữa chính quyền liên bang và nhà sản xuất thuốc.

Số Tiền Tự Trả Tối Đa – Số tiền cao nhất mà quý vị tự trả trong năm lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B trong mạng lưới được đãi thọ. Những số tiền mà quý vị trả cho phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và thuốc theo toa Phần D của quý vị không được tính vào số tiền tự trả tối đa. (Lưu ý: Do các thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid, nên có rất ít thành viên đạt đến mức chi phí tiền túi tối đa này.)

Medicaid (hoặc Hỗ Trợ Y Tế) – Một chương trình liên kết của liên bang và tiểu bang giúp thanh toán chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid khác nhau, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đãi thọ nếu quý vị hội đủ điều kiện với cả Medicare và Medicaid.

Chăm Sóc hoặc Dịch Vụ Y Tế – Các dịch vụ hoặc vật dụng chăm sóc sức khỏe. Một số ví dụ về những vật dụng chăm sóc y tế bao gồm thiết bị y khoa lâu bền, mắt kính và thuốc được đãi thọ theo Medicare Phần A hay Phần B, nhưng không phải là thuốc được đãi thọ theo Medicare Phần D.

Medical Group - Đó là mạng lưới các nhà cung cấp thuộc chương trình mà chương trình chúng tôi ký hợp đồng với họ để cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho quý vị. Tên của tổ hợp y khoa của chúng tôi là Hawaii Permanente Medical Group, Inc., một tập đoàn chuyên nghiệp kinh doanh vì lợi nhuận.

Chỉ Định Y Khoa Được Chấp Nhận – Việc sử dụng thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, như Thông Tin Thuốc của Dịch Vụ Danh Mục Thuốc của Bệnh Viện Hoa Kỳ và hệ thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế – Các dịch vụ, vật tư 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.

Medicare – Chương trình bảo hiểm sức khỏe của liên bang cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi mang một số khuyết tật và những người bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người hư thận vĩnh viễn cần thẩm tách hay thay thận).

Giai đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác hoặc nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa của Medicare riêng tại thời điểm đó. Cũng ghi danh tham gia được Giai đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân lần đầu đủ điều kiện nhận Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan – Đôi khi được gọi là Medicare Phần C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Một Medicare Advantage Plan có thể là i) một HMO, ii) một Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (PPO), iii) một chương trình Bảo Hiểm Tư Nhân Trả Phí Theo Dịch Vụ (PFFS) hoặc iv) một chương trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế (MSA) Medicare. Bên cạnh việc lựa chọn trong số những loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, các chương trình Medicare Advantage Plan cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo toa). Những chương trình này được gọi là **các Medicare Advantage Plan có Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa**.

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 phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B đài thọ. Thuật ngữ Các Dịch Vụ Được Medicare Đài Thọ không bao gồm các quyền lợi bổ sung, như thị lực, nha khoa hoặc thính giác mà một chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Medicare – Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare mà ghi danh tham gia chương trình. Thuật ngữ này bao gồm Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Chi Phí Medicare, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, Chương Trình Trình Bày/Thí Điểm và Chương Trình Chăm Sóc Trộn Gói dành cho Người Cao Niên (PACE).

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm để giúp trả cho thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin, thuốc sinh học và một số vật tư không được đài thọ theo Medicare Phần A hay Phần B.

Chương Trình Bảo Hiểm Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Bảo hiểm bổ sung Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để sử dụng trong thời gian “khoảng trống” ở Original Medicare. Các chính sách Medigap chỉ có tác dụng với Original Medicare. (Một Chương Trình Medicare Advantage không phải là một Chương Trình Bảo Hiểm MediGap.)

Hội Viên (Hội Viên của Chương Trình chúng tôi hay Hội Viên Chương Trình) – Một người đủ điều kiện để nhận các dịch vụ được đài thọ, ghi danh tham gia vào chương trình chúng tôi, và phần ghi danh của họ đã được xác nhận bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Dịch Vụ Hội Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, đơn phàn nàn và khiếu nại của quý vị.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Một nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, nơi các hội viên trong chương trình của chúng tôi có thể nhận được quyền lợi thuốc theo toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc có toa của quý vị được đài thọ chỉ với điều kiện nếu lấy thuốc tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Bác Sĩ Trong Mạng Lưới – Bất kỳ bác sĩ được cấp phép nào là nhân viên của Medical Group hoặc bất kỳ bác sĩ được cấp phép nào ký hợp đồng cung cấp dịch vụ cho các hội viên của chúng tôi (nhưng không bao gồm các bác sĩ chỉ có hợp đồng cung cấp dịch vụ giới thiệu).

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, chuyên gia y tế khác (bao gồm nhưng không giới hạn đối với các trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng và y tá), các bệnh viện và các cơ sở chăm sóc y tế khác mà được Medicare và tiêu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với chương trình chúng tôi để nhận thanh toán toàn phần từ chúng tôi, và trong một số trường hợp, điều phối cũng như cung cấp những dịch vụ được đài thọ cho hội viên của chương trình chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "các nhà cung cấp thuộc chương trình".

Sản Phẩm Sinh Học Ban Đầu – Sản phẩm sinh học đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt, đóng vai trò là sản phẩm mẫu so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản thuốc sinh học tương tự. Đó còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hay Medicare Trả Phí theo Dịch Vụ) – Original Medicare được chính phủ cung cấp và không phải là một chương trình bảo hiểm sức khỏe tư nhân như các Chương Trình Medicare Advantage và các chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được đài thọ bằng việc trả cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác các mức thanh toán do Quốc Hội thiết lập. Quý vị có thể đến khám với bất cứ bác sĩ, bệnh viện hay nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác có nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản tiền khấu trừ. Medicare trả phần của họ trong số tiền được Medicare phê chuẩn, và quý vị trả phần của quý vị. Original Medicare có hai phần: Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) và có sẵn ở mọi nơi trên Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Một nhà thuốc không có hợp đồng 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. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi chi trả trừ khi áp dụng (xem Chương 5, Mục 2.5, để biết thêm thông tin).

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là những nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi thuê, làm chủ hoặc điều hành.

Chi Phí Tự Trả – Xem định nghĩa cho phần chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu về **chia sẻ chi phí** của một hội viên để trả cho một phần dịch vụ hay thuốc nhận được cũng được đề cập như yêu cầu chi phí tự trả của hội viên đó.

Ngưỡng Tự Trả – Số tiền tối đa quý vị tự trả cho thuốc Phần D.

Phần C – Xem Medicare Advantage (MA) Plan.

Phần D – Chương Trình Quyền Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Thuốc có thể được đài thọ theo Phần D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số hạng mục thuốc nhất định đã Quốc Hội loại trừ khỏi thuốc Phần D được đài thọ. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được bao trả bởi mọi chương trình.

Tiền Phạt Vì Ghi Danh Trễ Phần D – Một số tiền được thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm được công nhận (bảo hiểm dự kiến sẽ trả, trung bình, ít nhất số tiền bằng với mức bảo hiểm thuốc theo toa Medicare thông thường) trong khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị đủ điều kiện lần đầu tham gia chương trình Phần D. Nếu quý vị mất “Trợ Giúp Thêm”, quý vị có thể phải chịu tiền phạt vì ghi danh trễ nếu đã 63 ngày liên tiếp trở lên mà quý vị không có phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác.

Chương Trình – Kaiser Permanente Dual Complete.

Các phí tổn Chương Trình – Các phí tổn Chương Trình có nghĩa như sau:

- Đối với các dịch vụ do Medical Group hoặc Kaiser Foundation Hospitals cung cấp, các chi phí trong biểu phí của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe của Medical Group và Kaiser Foundation Hospitals đối với các dịch vụ cung cấp cho hội viên.
- Đối với các dịch vụ mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (ngoài Medical Group hoặc Kaiser Foundation Hospitals) được thanh toán theo giá khoán trên đầu người, các chi phí trong biểu phí mà Kaiser Permanente đã đàm phán với nhà cung cấp được trả giá khoán này.

- Đối với các vật dụng mua tại nhà thuốc do Kaiser Permanente sở hữu và điều hành, số tiền nhà thuốc đó tính cho hội viên nếu chương trình quyền lợi của hội viên không bao gồm vật dụng này (số tiền này là ước tính: chi phí mua, cất giữ và phân phối thuốc; chi phí trực tiếp và gián tiếp của việc cung cấp dịch vụ nhà thuốc của Kaiser Permanente cho hội viên và mức đóng góp của chương trình nhà thuốc vào đòi hỏi về thu nhập ròng của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe).
- Đối với mọi dịch vụ khác, các khoản thanh toán mà Kaiser Permanente thực hiện cho những dịch vụ hoặc, nếu Kaiser Permanente trừ đi phần chia sẻ chi phí từ phần thanh toán của họ, số tiền mà Kaiser Permanente sẽ trả nếu họ không trừ đi phần chia sẻ chi phí.

Chăm Sóc Sau Ổn Định Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế liên quan đến tình trạng cấp cứu y tế của quý vị mà quý vị nhận được sau khi bác sĩ điều trị của quý vị xác định rằng tình trạng này ổn định về mặt lâm sàng. Quý vị được xem là ổn định về mặt lâm sàng khi bác sĩ điều trị cho quý vị, trong phạm vi xác suất y khoa hợp lý và theo các tiêu chuẩn y khoa được công nhận, tin rằng quý vị có thể được cho xuất viện hoặc chuyển viện một cách an toàn và tình trạng của quý vị dự kiến sẽ không trở nên trầm trọng trong thời gian hoặc do việc xuất viện hoặc chuyển viện.

Chương Trình Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (PPO) – Một chương trình của Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên là một Medicare Advantage Plan mà có một hệ thống các nhà cung cấp được ký hợp đồng và họ đã đồng ý điều trị cho hội viên chương trình để được trả một số tiền cụ thể. Một chương trình PPO phải đài thọ mọi quyền lợi chương trình cho dù các quyền lợi đó được các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới cung cấp. Phần chia sẻ chi phí của hội viên sẽ thường cao hơn khi các quyền lợi của chương trình được các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp. Các chương trình Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (PPO) có một mức giới hạn hàng năm về chi phí tự trả của quý vị đối với các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) và một mức giới hạn cao hơn về tổng chi phí tự trả đối với các dịch vụ từ cả nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) cũng như ngoài mạng lưới (không ưu tiên).

Phí Bảo Hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm hay một chương trình chăm sóc sức khỏe để được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa.

Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị tới khám đầu tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Tại nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, quý vị phải đến khám với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị trước khi đến khám với bất cứ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe nào khác.

Sự Cho Phép Trước – Sự chấp thuận để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Những dịch vụ được đài thọ cần được cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế tại Chương 4 và được mô tả tại Chương 3, Mục 2.3. Các loại thuốc được đài thọ cần có sự cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và các tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang mạng của chúng tôi.

Bộ Phận Giả và Dụng Cụ Chính 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 vật tư cho hậu môn nhân tạo và tiết niệu và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và không qua đường tiêu hóa.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và chuyên gia y tế 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.

“Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực” – Một công thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và danh mục thuốc 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 đài thọ (Sự Cho Phép Trước, Liệu Pháp Từng Bước, Giới Hạn Số Lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Những dịch vụ này bao gồm trị liệu vật lý, trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ, và trị liệu vận động.

Khu Vực Phục Vụ – Khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe cụ thể. Đối với những chương trình giới hạn những bác sĩ và bệnh viện nào mà quý vị có thể sử dụng, đó thường cũng là khu vực nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không khẩn cấp). Chương trình chúng tôi phải rút tên ghi danh của quý vị nếu quý vị vĩnh viễn chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi.

Dịch Vụ – Các dịch vụ hoặc vật dụng chăm sóc sức khỏe.

Dịch Vụ Chăm Sóc của 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 dịch vụ chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm vào tĩnh mạch mà chỉ y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký mới có thể thực hiện.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt – Một loại Medicare Advantage Plan đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho những nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Medicaid, những người đang ở viện dưỡng lão hoặc những người mắc một số bệnh mãn tính nhất định.

Thuốc Bậc Chuyên Khoa – Thuốc có chi phí rất cao được FDA phê chuẩn và có trong danh mục thuốc của chúng tôi.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) – Một khoản trợ cấp hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế mà bị tàn tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch Vụ Cần Gấp – Một dịch vụ được chương trình đài thọ yêu cầu sự chăm sóc y tế tức thời mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần gấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ trong chương trình của chúng tôi hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình của chúng tôi có ký hợp đồng là không hợp lý dựa trên thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần gấp là bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc tình trạng bệnh hiện tại bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ hàng năm, không được coi là cần gấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.



Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente Dual Complete

Cách Thức	Dịch Vụ Hội Viên – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-805-2739 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 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 được miễn cước. 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
TRANG MẠNG	kp.org

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang

Các Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình của tiểu bang mà nhận ngân sách từ chính quyền liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí tại địa phương cho những người có Medicare. Xin xem Chương 2, Mục 3, để biết thông tin về SHIP.

Tuyên Bố Tiết Lộ Thông Tin của PRA Theo Đạo Luật Cắt Giảm Giấy Tờ năm 1995, không ai buộc phải trả lời việc thu thập thông tin trừ phi có trưng ra số kiểm soát có hiệu lực của OMB. Số kiểm soát có hiệu lực của OMB cho việc thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có ý kiến hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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, hãy gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-805-2739** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một 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 viết thư gửi đến 711 Kapiolani Blvd, Honolulu, HI 96813 hoặc 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 tới: 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**, **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

Kaiser Permanente tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người vì lý do:

- Chủng Tộc
- Nguồn Gốc Quốc Gia
- Tình Trạng Khuyết Tật
- Màu Da
- Tuổi Tác
- Giới Tính

Kaiser Permanente cung cấp công cụ hỗ trợ và các dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, như:

- Các thông dịch viên đủ trình độ chuyên môn về ngôn ngữ ký hiệu
- Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:

- Các thông dịch viên đủ trình độ chuyên môn
- Văn bản thông tin bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ số **808-432-5330**, số điện thoại miễn cước **1-800-651-2237** hoặc gọi TTY **711**

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, thì quý vị có thể đệ trình phàn nàn với: Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser, 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813. Điện thoại: **808-432-5330** hoặc số điện thoại miễn cước **1-800-651-2237**; TTY: **711**; Fax: **808-432-5300** ; Email:

civil-rights-coordinator@kp.org. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn trực tiếp hoặc bằng cách gửi thư qua đường bưu điện hay gửi fax. Nếu quý vị cần giúp đệ trình phàn nàn, Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser sẽ sẵn sàng giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể đệ trình phàn nàn 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 hay gọi điện thoại tới: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD) Quý vị có thể tìm mẫu đơn than phiền tại <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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ごぞいます。通訳をご用命になるには、**1-800-805-2739 (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。

Tongan: 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lelei pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739** (TTY **711**). 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

Pohnpeian: Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739** (TTY **711**). Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

Samoaan: E iai a matou auaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na'ó lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739** (TTY **711**). O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auaunaga.

Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739** (TTY **711**). ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການພຣີ.

Bisayan: Duna mi'y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

Marshallese: Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bŭlāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-1-800-805-2739** (TTY **711**). Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

Hawaiian: Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana 'inikua mālama olakino a i 'ole ka 'inikua lā'au kuhikuhi, loa'a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka 'ōlelo Hawai'i. Inā makemake 'oe i kēia kōkua, e 'olu'olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739** (TTY **711**). no ka wala'au 'ana e pili ana i kēia mau papahana i ka 'ōlelo Hawai'i. Eia la ke kōkua manuahi.

Chuukese: Mi kawor aninisin chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739** (TTY **711**). Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.

HELP IN YOUR LANGUAGE

<p>(English) Do you need help in another language? We will get you a free interpreter. Call 1-800-651-2237 to tell us which language you speak. (TTY: 711).</p>
<p>(Cantonese) 您需要其它語言嗎? 如有需要, 請致電 1-800-651-2237, 我們會提供免費翻譯服務 (TTY: 711).</p>
<p>(Chuukese) En mi niit alilis lon pwal eu kapas? Sipwe angei emon chon chiaku ngonuk ese kamo. Kokori 1-800-651-2237 omw kopwe ureni kich meni kapas ka ani. (TTY: 711).</p>
<p>(French) Avez-vous besoin d'aide dans une autre langue? Nous pouvons vous fournir gratuitement des services d'un interprète. Appelez le 1-800-651-2237 pour nous indiquer quelle langue vous parlez. (TTY: 711).</p>
<p>(German) Brauchen Sie Hilfe in einer anderen Sprache? Wir koennen Ihnen gern einen kostenlosen Dolmetscher besorgen. Bitte rufen Sie uns an unter 1-800-651-2237 und sagen Sie uns Bescheid, welche Sprache Sie sprechen. (TTY: 711).</p>
<p>(Hawaiian) Makemake `oe i kokua i pili kekahi `olelo o na `aina `e? Makemake la maua i ki`i `oe mea unuhi manuahi. E kelepona 1-800-651-2237 `oe ia la kua a e ha`ina `oe ia la maua mea `olelo o na `aina `e. (TTY: 711).</p>
<p>(Ilocano) Masapulyo kadi ti tulong iti sabali a pagsasao? Ikkandakayo iti libre nga paraipatarus. Awaganyo ti 1-800-651-2237 tapno ibagayo kadakami no ania ti pagsasao nga ar-aramatenyo. (TTY: 711).</p>
<p>(Japanese) 貴方は、他の言語に、助けを必要としていますか? 私たちは、貴方のために、無料で通訳を用意できます。電話番号の、1-800-651-2237 に、電話して、私たちに貴方の話されている言語を申し出てください。 (TTY: 711).</p>
<p>(Korean) 다른언어로 도움이 필요하십니까? 저희가 무료로 통역을 제공합니다. 1-800-651-2237 로 전화해서 사용하는 언어를 알려주십시오 (TTY: 711).</p>
<p>(Mandarin) 您需要其它语言吗? 如有需要,请致电 1-800-651-2237, 我们会提供免费翻译服务 (TTY: 711).</p>
<p>(Marshallese) Kwoj aikuij ke jiban kin juon bar kajin? Kim naj lewaj juon am dri ukok eo ejjelok wonen. Kirtok 1-800-651-2237 im kwalok non kim kajin ta eo kwo melele im kenono kake. (TTY: 711).</p>
<p>(Samoan) E te mana'omia se fesoasoani i se isi gagana? Matou te fesoasoani e ave atu fua se faaliliu upu mo oe. Vili mai i le numera lea 1-800-651-2237 pea e mana'omia se fesoasoani mo se faaliliu upu. (TTY: 711).</p>
<p>(Spanish) ¿Necesita ayuda en otro idioma? Nosotros le ayudaremos a conseguir un intérprete gratuito. Llame al 1-800-651-2237 y díganos que idioma habla. (TTY: 711).</p>
<p>(Tagalog) Kailangan ba ninyo ng tulong sa ibang lengguwahe? Ikukuha namin kayo ng libreng tagasalin. Tumawag sa 1-800-651-2237 para sabihin kung anong lengguwahe ang nais ninyong gamitin. (TTY: 711).</p>
<p>(Tongan) 'Oku ke fiema'u tokoni 'iha lea makehe? Te mau malava 'o 'oatu ha fakatonulea ta'etotongi. Telefoni ki he 1-800-651-2237 'o fakaha mai pe koe ha 'ae lea fakafonua 'oku ke ngaue'aki. (TTY: 711).</p>
<p>(Vietnamese) Bạn có cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác không? Chúng tôi sẽ yêu cầu một người thông dịch viên miễn phí cho bạn. Gọi 1-800-651-2237 nói cho chúng tôi biết bạn dùng ngôn ngữ nào. (TTY: 711).</p>
<p>(Visayan) Gakinahanglan ka ba ug tabang sa imong pinulongan? Amo kang mahatagan ug libre nga maghuhubad. Tawag sa 1-800-651-2237 aron magpahibalo kung unsa ang imong sinulti-han. (TTY: 711).</p>

