Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP) là chương trình được Kaiser Foundation Health Plan, Inc. cung cấp.

Cẩm Nang Hội Viên

Ngày 1 tháng 1 năm 2027 – Ngày 31 tháng 12 năm 2027

Bảo Hiểm Y Tế và Thuốc của Quý Vị theo Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

Giới Thiệu về Cẩm Nang Hội Viên

Cẩm Nang Hội Viên này, hay còn được gọi là *Chứng Từ Bảo Hiểm* sẽ cho quý vị biết thông tin về phạm vi bảo hiểm của mình theo chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2027. Cẩm nang này cũng giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện), phạm vi bảo hiểm thuốc, cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở **Chương 12** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

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

Khi *Cẩm Nang Hội Viên* này nhắc tới "chúng tôi", "của chúng tôi" hoặc "chương trình của chúng tôi", có nghĩa là đang nhắc tới Kaiser Permanente Dual Complete.

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng Tiếng Ả-Rập, Tiếng Armenia, Tiếng Campuchia, Tiếng Trung, Tiếng Farsi, Tiếng H-mông, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog hoặc Tiếng Việt.

Quý vị có thể nhận miễn phí tài liệu này ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), trong khoảng thời gian từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này được miễn cước.

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

- Ngôn ngữ ưu tiên khác ngoài Tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,
- Yêu cầu nhận thư và thông tin liên lạc trong tương lai mà quý vị thường dùng, **và**
- Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường dùng.

Thông Báo về Việc Cung Cấp Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ cũng như Các Dịch Vụ và Trợ Giúp Phụ Trợ

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Mục Lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên **10**

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng **26**

Chương 3: Áp dụng bảo hiểm chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác **68**

Chương 4: Bảng quyền lợi **93**

Chương 5: Nhận thuốc ngoại trú của quý vị **199**

Chương 6: Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal **220**

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí cho hóa đơn mà quý vị nhận được khi sử dụng các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ **232**

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị **240**

Chương 9. Quý vị cần làm gì khi gặp vấn đề khó khăn hoặc than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền) **262**

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi **312**

Chương 11: Thông báo pháp lý **322**

Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng **335**

Tuyên bố không chịu trách nhiệm

- Kaiser Permanente là chương trình D-SNP của Tổ Chức Bảo Trì Sức Khỏe (HMO) có hợp đồng với Medicare và chương trình Medi-Cal. Quy trình ghi danh tham gia Kaiser Permanente tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp cho Hội Viên của Kaiser Permanente theo Medi-Cal phải tuân theo các điều khoản, điều kiện, các giới hạn cũng như các trường hợp loại trừ được ấn định trong hợp đồng giữa Kaiser Foundation Health Plan, Inc. và Cơ Quan Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (Department of Health Care Services, DHCS), cũng như được liệt kê trong *Cẩm Nang Hội Viên* này và bất kỳ phần sửa đổi nào khác.

- **Chỉ hội viên khu vực Miền Nam California:** Quyền lợi thực phẩm lành mạnh thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mãn tính. Không phải hội viên nào cũng hội đủ tiêu chuẩn. Để đủ điều kiện, hội viên phải mắc các bệnh trạng mãn tính cụ thể, chẳng hạn như bệnh tiểu đường, chứng béo phì, rối loạn tim mạch, viêm khớp xương mãn tính hoặc bệnh thận mãn tính. Có những bệnh trạng khác có thể giúp quý vị hội đủ tiêu chuẩn được hưởng quyền lợi. Không thể đảm bảo tình trạng hội đủ điều kiện được hưởng quyền lợi này chỉ dựa trên bệnh trạng của quý vị. Phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện hiện hành trước khi được cung cấp quyền lợi. Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không có hợp đồng không có nghĩa vụ phải điều trị cho các hội viên của Chương Trình, ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu. Vui lòng gọi tới số điện thoại của Dịch Vụ Hội Viên hoặc tham khảo *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin, bao gồm khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.

- Quyền lợi và/hoặc tiền đồng trả có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2028.

- Các loại thuốc được đài thọ, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo về bất cứ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị trước ít nhất 30 ngày.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Giới Thiệu

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

Chương 1 Mục Lục

A. Chào mừng quý vị tham gia chương trình của chúng tôi....12

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal....14

B1. Medicare....14

B2. Medi-Cal....14

C. Ưu điểm của chương trình....15

D. Khu vực phục vụ trong chương trình của chúng tôi....16

E. Điều kiện trở thành hội viên của chương trình....18

F. Những điều cần biết khi mới tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi....19

G. Đội ngũ chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị....20

G1. Đội ngũ chăm sóc....20

G2. Chương trình chăm sóc....21

H. Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng....21

H1. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare....21

I. *Cẩm Nang Hội Viên* này....21

J. Các thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị....22

J1. Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị....22

J2. *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*....23

J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*....24

J4. *Bản Giải Thích Quyền Lợi* 24

K. Hãy luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị 25

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 25

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

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

Kaiser Permanente Dual Complete là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên khoa (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 Medi-Cal.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho hội viên thông qua chương trình chăm sóc y tế tích hợp. Health Plan, Plan Hospitals, Permanente Medical Group và Southern California Permanente Medical Group (“Medical Group”) đã hợp tác cùng nhau để cung cấp cho các hội viên dịch vụ chăm sóc chất lượng. Chương trình chăm sóc y tế của chúng tôi cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận các dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể cần, như chăm sóc định kỳ, chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ phòng xét nghiệm, chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp và các quyền lợi khác được mô tả trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Ngoài ra, các chương trình giáo dục về sức khỏe của chúng tôi có thể giúp quý vị biết cách thức để bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

Cẩm Nang Hội Viên này mô tả các chương trình sau:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình South P1”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình South P6”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình South P7”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình South P9”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình South P10”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình South P11”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là “chương trình North P2”

- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P16"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P17"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P18"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P19"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P20"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P21"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P22"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P23"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P24"
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP), trong tài liệu này được gọi là "chương trình North P25"

Nếu quý vị không chắc mình đã ghi danh tham gia chương trình nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang này hoặc tham khảo trang bìa của *Thông Báo Hàng Năm về Thay Đổi* (hoặc đối với hội viên mới, hãy tham khảo đơn ghi danh hoặc thư xác nhận ghi danh của quý vị).

Lưu ý: Vui lòng tham khảo **Phần D** trong chương này để biết khu vực phục vụ địa lý của từng chương trình có trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Đối với mục đích chia sẻ chi phí, ghi danh và rút tên ghi danh, có nhiều chương trình Dual Complete trong khu vực phục vụ thuộc Vùng của chúng tôi, được mô tả trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Nhưng đối với mục đích nhận các dịch vụ được đài thọ, quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới ở bất kỳ đâu trong khu vực phục vụ thuộc Vùng của quý vị.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

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

- người từ 65 tuổi trở lên,
- một số người dưới 65 tuổi mắc các khuyết tật nhất định, **và**
- người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

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

Mỗi tiểu bang sẽ quyết định:

- những hạng mục nào được tính là thu nhập và nguồn lực,
- ai đủ điều kiện tham gia,
- dịch vụ nào được đài thọ, **và**
- chi phí dịch vụ.

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

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

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

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

C. Ưu điểm của chương trình

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

Chúng tôi giúp kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị tốt hơn để phục vụ quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị có thể hợp tác với chúng tôi để đáp ứng **hầu hết** nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có một đội ngũ chăm sóc do chính quý vị thiết lập. Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, điều dưỡng, tư vấn hoặc các chuyên gia y tế khác.
- Quý vị sẽ có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc. Người này sẽ làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với đội ngũ chăm sóc của quý vị để hỗ trợ xây dựng chương trình chăm sóc.
- Quý vị có thể tự chỉ đạo việc chăm sóc cho bản thân dưới sự hỗ trợ của đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.
- Đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để xây dựng chương trình chăm sóc được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu y tế **của quý vị**. Đội ngũ chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ mà quý vị cần. Ví dụ: điều này có nghĩa là đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo:
    - Bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc mà quý vị uống, để họ có thể đảm bảo quý vị đang dùng đúng thuốc và có thể giảm các tác dụng phụ mà quý vị có thể gặp phải từ các thuốc đó.
    - Kết quả xét nghiệm của quý vị sẽ được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị, nếu phù hợp.

Hội viên mới tham gia Kaiser Permanente Dual Complete: Trong hầu hết trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Kaiser Permanente Dual Complete Plan để nhận các quyền lợi Medicare của mình vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị trong một tháng bổ sung. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị sẽ không bị gián đoạn trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-443-0815 (TTY 711) nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

D. Khu vực phục vụ trong chương trình của chúng tôi

Khu vực Miền Nam California bao gồm các chương trình phía Nam sau:

- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P1**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau của **Quận San Diego**:
    - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, và 92195–99.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P6**, bao gồm:
    - Các khu vực của **Quận Riverside**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83.
    - Các khu vực của **Quận San Bernardino**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P7**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau của **Quận Kern**:
    - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, và 93581.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P9**, bao gồm toàn bộ **Quận Los Angeles** trừ Catalina Island.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P10**, bao gồm toàn bộ **Quận Orange**.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete South P11**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau của **Quận Ventura**:
    - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, và 93252.

Khu vực Miền Bắc California bao gồm các chương trình phía Bắc sau:

- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P2**, bao gồm:
    - Toàn bộ **Quận Sacramento**.
    - **Quận Amador**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 95640 và 95669.
    - **Quận El Dorado**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, và 95762.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P16**, bao gồm toàn bộ **Quận Alameda**.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P17**, bao gồm toàn bộ **Quận Contra Costa**.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P18**, bao gồm:
    - **Quận Fresno**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
    - **Quận Kings**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
    - **Quận Madera**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
    - **Quận Mariposa**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 93601, 93623, và 93653.
    - **Quận Tulare**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, và 93673.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P19**, bao gồm toàn bộ **Quận San Francisco**.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P20**, bao gồm toàn bộ **Quận San Joaquin và Stanislaus**.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P21**, bao gồm toàn bộ **Quận Santa Cruz**.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P22**, bao gồm toàn bộ **Quận San Mateo**.

- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P23**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau của **Quận Santa Clara**:
    - 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, và 95196.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P24**, bao gồm:
    - **Quận Placer**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, và 95765.
    - **Quận Yolo**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, và 95798–99.
    - **Quận Yuba**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 95692, 95903, và 95961.
- **Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete North P25**, bao gồm:
    - Toàn bộ **Quận Marin, Napa và Solano**.
    - **Quận Sonoma**, chỉ trong phạm vi những mã bưu điện sau: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, và 95492.

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

Quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Chương 8** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về những ảnh hưởng có thể xảy ra nếu quý vị rời khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.

E. Điều kiện trở thành hội viên của chương trình

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

- sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi (các cá nhân bị giam giữ sẽ không được xem là sống tại khu vực phục vụ ngay cả khi họ đang thực sự ở đó), **và**
- từ 21 tuổi trở lên vào thời điểm ghi danh, **và**
- có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B và
- là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân Hoa Kỳ nhưng đủ điều kiện và

- hiện đủ điều kiện tham gia Medi-Cal.
- Nếu quý vị mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal toàn diện nhưng dự kiến sẽ đủ điều kiện lại trong vòng bốn tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare thuộc phạm vi đài thọ của Kaiser Permanente Dual Complete. Khi phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ không chi trả các quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với các quyền lợi do Kaiser Permanente Dual Complete đài thọ sẽ thay đổi theo mô tả trong Bảng Quyền Lợi trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Quý vị cũng có thể mất Trợ Giúp Thêm từ Medicare để giúp thanh toán thuốc Medicare Phần D của quý vị.

  Nếu quý vị khôi phục tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal toàn diện trong khi vẫn đang ghi danh vào chương trình của chúng tôi để hưởng bảo hiểm Medicare, chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả cho các quyền lợi Medi-Cal của quý vị và trạng thái ghi danh của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ vẫn tiếp tục. Nếu quý vị không thể có lại tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal trong vòng bốn tháng, chúng tôi sẽ rút tên ghi danh quý vị khỏi chương trình Kaiser Permanente Dual Complete. Nếu quý vị có lại tình trạng hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal toàn diện sau khi bị rút tên ghi danh, quý vị cần liên hệ với chúng tôi để tái ghi danh vào chương trình.

Nếu quý vị mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal toàn diện nhưng dự kiến sẽ đủ điều kiện lại trong vòng 4 tháng, thì quý vị sẽ vẫn đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi.

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

F. Những điều cần biết khi mới tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi

Khi mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được thực hiện đánh giá rủi ro sức khỏe (health risk assessment, HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày ghi danh có hiệu lực.

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

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để thực hiện HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA thông qua hình thức gặp trực tiếp, gọi điện thoại hoặc gửi thư qua đường bưu điện. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị hàng năm để xem liệu nhu cầu của quý vị có thay đổi gì không.

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

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

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

- Chúng tôi công nhận rằng quý vị có quan hệ hiện hữu với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chăm sóc chuyên khoa, kèm một số ngoại lệ. “Quan hệ hiện hữu” có nghĩa là quý vị gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để thăm khám thông thường, không phải trường hợp cấp cứu, ít nhất một lần trong 12 tháng trước ngày bắt đầu ghi danh vào chương trình của chúng tôi.
    - Chúng tôi xác định mối quan hệ hiện hữu bằng cách xem xét thông tin sức khỏe sẵn có của quý vị hoặc thông tin do quý vị cung cấp.
    - Chúng tôi có 30 ngày để phản hồi yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định sớm hơn, khi đó chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày. Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này bằng cách gọi 1-800-443-0815. Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải trả lời trong vòng ba ngày.
    - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải xuất trình chứng từ về mối quan hệ hiện hữu và đồng ý các điều khoản nhất định khi quý vị đưa ra yêu cầu đó.

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

Sau khi thời gian tiếp tục dịch vụ chăm sóc kết thúc, quý vị sẽ cần phải sử dụng các bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới Kaiser Permanente Dual Complete Plan, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới đó của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Vui lòng tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

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

G1. Đội ngũ chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, điều phối viên chăm sóc, bác sĩ chuyên khoa của quý vị hoặc chuyên gia y tế khác mà quý vị lựa chọn.

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

G2. Chương trình chăm sóc

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

Chương trình chăm sóc của quý vị bao gồm:

- mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị, **và**
- lộ trình nhận các dịch vụ mà quý vị cần.

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

H. Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng

Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm.

H1. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Nếu đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ chương trình của chúng tôi cho thuốc 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 Phần M3 cung cấp thêm thông tin về Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare. Nếu không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn như một phần của phương án thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong **Chương 9** để than phiền hoặc khiếu nại.

I. *Cẩm Nang Hội Viên* này

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

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

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2027 đến ngày 31 tháng 12 năm 2027.

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

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

J1. Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ sử dụng để nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal, bao gồm Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), một số dịch vụ sức khỏe hành vi nhất định và thuốc theo toa. Quý vị trình thẻ này khi nhận các dịch vụ hay toa thuốc bất kỳ. Dưới đây là các mẫu Thẻ ID Hội Viên cho từng Khu Vực:

Nếu Thẻ ID Hội Viên của quý vị bị hư, bị mất hoặc bị ăn cắp, gọi ngay cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

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

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

- Các dịch vụ sức khỏe hành vi mà quý vị có thể nhận được từ chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (mental health plan, MHP) của quận
- Dịch vụ Medi-Cal Rx
- Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia
- 1915(c) Các Dịch Vụ Miễn Trừ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng
- Các dịch vụ nha khoa Medi-Cal

J2. *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*

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

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* (ở dạng bản điện tử hoặc bản cứng) bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Các yêu cầu về Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp bản cứng sẽ được gửi đến quý vị qua đường bưu điện trong vòng ba ngày làm việc.

Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* tại kp.org/directory.

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

Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới

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

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

Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là những nhà thuốc đồng ý cấp thuốc theo toa cho hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hãy sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.

- Trừ trường hợp cấp cứu, quý vị mua toa thuốc của mình tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình của chúng tôi giúp quý vị thanh toán.

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

J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*

Chương trình của chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*. Chúng tôi gọi tắt là *Danh Sách Thuốc*. Danh sách này cho biết chương trình của chúng tôi đài thọ cho các thuốc nào. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự trợ giúp của bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Thuốc có giá thương lượng theo Chương Trình Thương Lượng Giá Thuốc của Medicare sẽ được đưa vào *Danh Sách Thuốc* của quý vị trừ khi chúng đã bị loại bỏ và thay thế như mô tả trong **Chương 5, Phần E.** Medicare đã chấp thuận *Danh Sách Thuốc* của Kaiser Permanente Dual Complete.

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

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

J4. *Bản Giải Thích Quyền Lợi*

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

EOB cho biết tổng số tiền quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị đã chi trả cho các thuốc Medicare Phần D của quý vị và tổng số tiền chúng tôi đã chi trả cho mỗi loại thuốc Medicare Phần D của quý vị trong tháng. EOB này không phải là hóa đơn. EOB còn có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng chẳng hạn như việc tăng giá và các loại thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể sử dụng. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ đã kê đơn cho quý vị về các loại có chi phí thấp hơn này. **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này cũng cung cấp thêm thông tin về EOB và cách sử dụng EOB để giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của mình.

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

Quý vị cũng có thể chọn xem trực tuyến **EOB Phần D** thay vì chọn nhận qua đường bưu điện. Vui lòng truy cập kp.org/goinggreen và đăng nhập vào để tìm hiểu thêm về việc chọn xem trực tuyến **EOB Phần D** một cách an toàn.

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

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

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của mình. Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để xác định những dịch vụ và thuốc được đài thọ cũng như số tiền chia sẻ chi phí của quý vị. Vì vậy, điều rất quan trọng là quý vị cần hỗ trợ chúng tôi cập nhật thông tin của mình.

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

- thay đổi về tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị;
- thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, chẳng hạn như từ bên sử dụng lao động của quý vị, bên sử dụng lao động của vợ/chồng quý vị, hoặc bên sử dụng lao động của bạn đời sống chung của quý vị, hoặc bảo hiểm bồi thường cho người lao động;
- bất kỳ yêu cầu trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như yêu cầu bồi thường tai nạn ô tô;
- nhập viện tại cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện;
- dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất kỳ ai có trách nhiệm với quý vị); **và**,
- nếu quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Chúng tôi khuyến khích, chứ không bắt buộc quý vị phải cho chúng tôi biết về công trình nghiên cứu lâm sàng mà quý vị định tham gia.)

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

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

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

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

Giới Thiệu

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

Chương 2 Mục Lục

A. Dịch Vụ Hội Viên 28

B. Điều Phối Viên Chăm Sóc 34

C. Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) 36

D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn 37

E. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) 38

F. Medicare 39

G. Medi-Cal 40

H. Văn Phòng Thanh Tra Viên về Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý và Sức Khỏe Tinh Thần của Medi-Cal 41

I. Dịch Vụ Xã Hội Quận 42

J. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận 53

K. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California 61

L. Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (HCA) 61

M. Các Chương Trình Giúp Mọi Người Chi Trả cho Thuốc 61

M1. Trợ Giúp Thêm từ Medicare 62

M2. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP) 63

M3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare 63

N. An Sinh Xã Hội....64

O. Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB)....65

P. Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal....66

Q. Medi-Cal Dental....67

A. Dịch Vụ Hội Viên

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

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

- các thắc mắc liên quan đến chương trình
- các thắc mắc liên quan đến yêu cầu thanh toán hoặc lập hóa đơn

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

GỌI	1-800-443-0815. Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh. Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ điều kiện để ra quyết định nhanh như được mô tả trong **Chương 9**, vui lòng gọi cho Ban Duyệt Xét Cấp Tốc theo số 1-888-987-7247, từ 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều, 7 ngày trong tuần.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
FAX	Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ điều kiện để đưa ra quyết định nhanh, hãy gửi fax yêu cầu của quý vị đến Ban Duyệt Xét Cấp Tốc của chúng tôi theo số 1-888-987-2252.

VIẾT THƯ	Để có một quyết định bảo hiểm thông thường hay than phiền, hãy viết thư cho văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (vui lòng xem *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để biết các địa điểm). Đối với khiếu nại thông thường, hãy làm đơn gửi tới địa chỉ hiển thị trên thông báo từ chối mà chúng tôi gửi cho quý vị. Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ tiêu chuẩn để đưa ra quyết định nhanh, hãy viết thư gửi đến: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
TRANG WEB	Quý vị có thể nộp đơn than phiền về chương trình của chúng tôi trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn than phiền trực tuyến tới Medicare, vui lòng truy cập www.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
    – quyền lợi của quý vị và các dịch vụ được đài thọ **hoặc**
    – số tiền chúng tôi chi trả cho các dịch vụ y tế của quý vị.
  - Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.
  - Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Khiếu nại là thủ tục chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về phạm vi bảo hiểm của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc không đồng ý với quyết định đó.
  - Để tìm hiểu thêm về cách khiếu nại, vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.
- than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc trong mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể than phiền với chúng tôi hoặc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO) về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (vui lòng tham khảo **Phần E**).

- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và trình bày than phiền theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Nếu than phiền của quý vị là về quyết định bảo hiểm dịch vụ chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể nộp khiếu nại (tham khảo phần trên).
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền về chương trình của chúng tôi tới Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
- Quý vị có thể than phiền về chương trình của chúng tôi với Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) bằng cách gọi số 1-855-501-3077.
- Để tìm hiểu thêm về cách than phiền dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Quyết định bảo hiểm về các thuốc Phần D

GỌI	Các chương trình phía Nam: 1-888-791-7213 Các chương trình phía Bắc: 1-877-645-1282 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-844-403-1028
VIẾT THƯ	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
TRANG WEB	kp.org

- quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm thuốc của quý vị là quyết định về:
    - quyền lợi và thuốc được đài thọ của quý vị **hoặc**
    - số tiền chúng tôi trả cho thuốc của quý vị.

- Các loại thuốc không được Medicare đài thọ, chẳng hạn như thuốc không kê toa (over-the-counter, OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị, vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Khiếu nại đối với thuốc Phần D

GỌI	1-866-206-2973. Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều.
FAX	1-866-206-2974
VIẾT THƯ	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
TRANG WEB	kp.org

- khiếu nại về thuốc của quý vị
  - Khiếu nại là cách để yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
  - Để biết thêm thông tin liên quan đến cách khiếu nại về thuốc của quý vị, vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang* Hội Viên này.

Than phiền về các loại thuốc Phần D

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

- than phiền về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào, bao gồm cả than phiền về thuốc của quý vị.
  - Nếu than phiền của quý vị là về quyết định bảo hiểm cho thuốc, quý vị có thể khiếu nại. (Tham khảo phần trên.)
  - Quý vị có thể nộp đơn than phiền về chương trình của chúng tôi tới Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.

- Để biết thêm thông tin về cách gửi đơn than phiền đối với các thuốc của quý vị, vui lòng tham khảo Chương 9 trong Cẩm Nang Hội Viên này.

Yêu cầu thanh toán

GỌI	1-800-443-0815. Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. **Lưu ý:** Nếu quý vị muốn yêu cầu thanh toán thuốc Phần D do nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa và mua tại nhà thuốc trong mạng lưới, hãy gọi cho Đơn Vị Phần D của chúng tôi theo số 1-866-206-2973. 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Để được chăm sóc y tế, hãy viết thư gửi tới: **Các chương trình phía Nam:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **Các chương trình phía Bắc:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **Đối với thuốc Phần D:** Nếu quý vị yêu cầu thanh toán thuốc Phần D đã được nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa và cung cấp, quý vị có thể gửi fax yêu cầu của mình đến 1-866-206-2974 hoặc gửi yêu cầu qua đường bưu điện đến: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
TRANG WEB	kp.org

- thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã thanh toán
  - Để biết thêm cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn quý vị nhận được, vui lòng tham khảo Chương 7 trong Cẩm Nang Hội Viên này.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối một phần bất kỳ trong yêu cầu đó, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

B. Điều Phối Viên Chăm Sóc

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ có điều phối viên chăm sóc khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị không phải trả tiền. Chúng tôi sẽ phối hợp với các chương trình khác để đảm bảo rằng quý vị nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được Medi-Cal hoặc Medicare đài thọ, ngay cả khi những dịch vụ đó được một chương trình khác chứ không phải chúng tôi đài thọ. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới để biết thêm thông tin về điều phối viên chăm sóc và đội ngũ chăm sóc của quý vị hoặc để thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị.

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

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

- các thắc mắc liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- các thắc mắc liên quan đến việc sử dụng dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện)
- các thắc mắc liên quan đến quyền lợi nha khoa
- các thắc mắc liên quan đến dịch vụ chuyên chở đến các cuộc hẹn khám
- các thắc mắc liên quan đến Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community Based Adult Services, CBAS) và Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facilities, NF)

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ sau:

- dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn
- vật lý trị liệu
- trị liệu vận động
- trị liệu ngôn ngữ
- các dịch vụ y tế xã hội
- chăm sóc sức khỏe tại gia
- dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia (In-Home Supportive Services, IHSS) thông qua cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị
- đôi khi quý vị có thể nhận được trợ giúp về các nhu cầu sinh hoạt và chăm sóc sức khỏe hàng ngày của mình

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

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là một chương trình của chính phủ có các cố vấn được đào tạo tại mọi tiểu bang, cung cấp hỗ trợ, thông tin và giải đáp miễn phí các câu hỏi về Medicare của quý vị. Tại California, SHIP được gọi là Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Các tư vấn viên trong HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu phải làm gì để xử lý vấn đề của mình. HICAP có các tư vấn viên đã qua đào tạo tại mỗi quận và các dịch vụ đều miễn phí.

HICAP 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 cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí về bảo hiểm sức khỏe địa phương cho những người có Medicare.

GỌI	1-800-434-0222 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Văn phòng HICAP của quý vị cho quận của quý vị. Để tìm địa chỉ tại quận của quý vị, hãy nhấp vào liên kết bên dưới và truy cập phần “How to Find Services In My Area” (Cách Tìm Dịch Vụ Tại Khu Vực của Tôi).
TRANG WEB	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Liên lạc với HICAP để được trợ giúp về:

- các câu hỏi liên quan đến Medicare
- Các tư vấn viên trong HICAP có thể trả lời những thắc mắc của quý vị về việc chuyển sang một chương trình mới và giúp quý vị:
  - hiểu các quyền của quý vị,
  - hiểu các lựa chọn chương trình của quý vị,
  - trả lời các câu hỏi liên quan đến việc chuyển đổi chương trình,
  - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc quá trình điều trị của quý vị, **và**
  - hỗ trợ các vấn đề về việc lập hóa đơn hoặc các yêu cầu thanh toán.

D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn

Chúng tôi biết rằng đôi khi khó biết quý vị cần loại hình chăm sóc nào. Chúng tôi có các chuyên gia y tế được cấp phép sẵn sàng giúp đỡ quý vị qua điện thoại 24 giờ trong ngày, bảy ngày trong tuần. Quý vị có thể:

- Trao đổi với một chuyên gia y tế để được giải đáp những thắc mắc y tế, tư vấn về dịch vụ chăm sóc và giúp quý vị quyết định liệu quý vị có nên đến thăm khám với một nhà cung cấp ngay hay không
- Nhận trợ giúp về các tình trạng y tế như bệnh tiểu đường hoặc bệnh suyễn, bao gồm lời khuyên về loại nhà cung cấp có thể phù hợp với tình trạng của quý vị
- Nhận trợ giúp về những việc cần làm nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc nhưng cơ sở thuộc chương trình bị đóng cửa hoặc quý vị đang ở ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi

Khi quý vị gọi, một nhân viên hỗ trợ được đào tạo có thể đặt câu hỏi để giúp xác định cách chuyển hướng cuộc gọi của quý vị. Quý vị có thể liên lạc với Đường Dây Y Tá Tư Vấn nếu có thắc mắc về sức khỏe hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

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

E. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Tiểu bang có một tổ chức tên là Commence Health. Tổ chức này là một đội ngũ bao gồm các bác sĩ và các chuyên gia y tế khác hoạt động nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những hội viên có Medicare. Commence Health là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi.

GỌI	1-877-588-1123
TTY	711
VIẾT THƯ	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
TRANG WEB	www.livantaqio.cms.gov

Liên lạc với Commence Health để được trợ giúp về:

- các thắc mắc liên quan đến quyền chăm sóc sức khỏe của quý vị
- than phiền về dịch vụ chăm sóc nhận được nếu quý vị:
  - có vấn đề về chất lượng chăm sóc như dùng sai thuốc, xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai,
  - cho rằng thời gian nằm viện của mình kết thúc quá sớm, **hoặc**
  - cho rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hay các dịch vụ tại cơ sở phục hồi chức năng toàn diện ngoại trú (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) của quý vị bị chấm dứt quá sớm.

F. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn, cần phải thẩm tách hoặc ghép thận).

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

GỌI	1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này được miễn cước. Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này.
TRÒ CHUYỆN TRỰC TIẾP	Trò chuyện trực tiếp qua www.Medicare.gov/talk-to-someone
VIẾT THƯ	Viết thư gửi tới Medicare theo địa chỉ P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
TRANG WEB	www.medicare.gov • Tìm hiểu thông tin về các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc của Medicare tại khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và các dịch vụ được cung cấp. • Tìm bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung ứng và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. • Tìm hiểu những hạng mục Medicare chi trả, bao gồm dịch vụ phòng ngừa (như kiểm tra sàng lọc, tiêm chủng hoặc vắc-xin và các lần khám "sức khỏe" hàng năm) • Nhận thông tin và biểu mẫu khiếu nại của Medicare. • Tìm hiểu thông tin về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, cơ sở thẩm tách, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn. • Tra cứu các trang mạng và số điện thoại hữu ích. Để gửi than phiền đến Medicare, vui lòng truy cập www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare sẽ nghiêm túc xem xét các khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

G. Medi-Cal

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

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

Quý vị đã ghi danh tham gia Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi Medi-Cal của mình, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc chương trình của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về việc ghi danh chương trình Medi-Cal, hãy gọi cho Health Care Options.

GỌI	1-800-430-4263 Thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những hội viên có vấn đề về khả năng nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Văn Phòng Thanh Tra Viên về Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý và Sức Khỏe Tinh Thần của Medi-Cal

Văn Phòng Thanh Tra Viên giúp giải quyết các vấn đề từ quan điểm trung lập để đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi nhận được tất cả dịch vụ được đài thọ cần thiết về mặt y tế. Họ sẽ lắng nghe, trả lời câu hỏi của quý vị, phân tích tình hình của quý vị, giải thích các chính sách và quy trình, cung cấp thông tin, lời khuyên và các lựa chọn, đồng thời đề xuất các giới thiệu phù hợp. Công việc của họ là giúp phát triển những giải pháp công bằng liên quan đến vấn đề tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Văn phòng này không liên kết với chương trình của chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Các dịch vụ của họ được cung cấp miễn phí.

GỌI	1-888-452-8609. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những hội viên có vấn đề về khả năng nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. Dịch Vụ Xã Hội Quận

Nếu quý vị cần trợ giúp về các quyền lợi phí trả theo dịch vụ Medi-Cal của mình, hãy liên lạc với cơ quan Dịch Vụ Xã Hội Quận tại địa phương của quý vị.

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

Liên lạc với cơ quan Dịch Vụ Xã Hội Quận nếu có bất kỳ câu hỏi nào về tình trạng hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị. Hãy xem bảng tương ứng với quận dưới đây để tìm thông tin liên hệ của cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị.

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Alameda

GỌI	1-888-999-4772. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
TRANG WEB	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Amador

GỌI	1-844-835-3685 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.amadorgov.org/services/social-services
TRANG WEB	https://www.amadorgov.org/services/social-services

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Contra Costa

GỌI	1-866-663-3225 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
TRANG WEB	https://www.contracosta.ca.gov/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận El Dorado

GỌI	1-530-642-7300 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
TRANG WEB	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Sở Dịch Vụ Xã Hội Quận Fresno

GỌI	1-855-832-8082. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, 7 giờ 30 sáng đến 4 giờ 30 chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
TRANG WEB	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Kern

GỌI	1-877-410-8812 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7 giờ 30 sáng đến 4 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
TRANG WEB	https://www.kcdhs.org/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Kings

GỌI	1-877-410-8813. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Năm, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều và Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 12 giờ trưa
TTY	711
VIẾT THƯ	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
TRANG WEB	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Sở Dịch Vụ Xã Hội Công của Quận Los Angeles

GỌI	1-866-613-3777. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7 giờ 30 sáng đến 7 giờ 30 tối. Thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều. Không Bao Gồm Các Ngày Lễ
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html.
TRANG WEB	https://dpss.lacounty.gov

Sở Dịch Vụ Xã Hội Công của Quận Madera

GỌI	1-559-675-7841 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
TRANG WEB	https://www.maderacounty.com/government/social-services

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Marin

GỌI	1-877-410-8817 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
TRANG WEB	https://www.marinhhs.org

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Mariposa

GỌI	1-800-266-3609 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
TRANG WEB	https://www.mariposacounty.org/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Napa

GỌI	1-707-253-4279 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
TRANG WEB	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Orange

GỌI	1-800-281-9799. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list.
TRANG WEB	https://ssa.ocgov.com/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Placer

GỌI	1-530-886-1870 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	11434 B Ave Auburn, CA 95603
TRANG WEB	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Sở Dịch Vụ Xã Hội Công của Quận Riverside

GỌI	1-877-410-8827. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
TRANG WEB	https://rivcodpss.org/

Sở Hỗ Trợ Nhân Sinh Quận Sacramento

GỌI	1-800-560-0976. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 4 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
TRANG WEB	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

Sở Dịch Vụ cho Người Lớn và Người Cao Niên Quận San Bernardino

GỌI	1-909-891-3900 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
TRANG WEB	https://hss.sbcounty.gov/daas/

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

GỌI	1-866-262-9881. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
TRANG WEB	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận San Francisco

GỌI	1-415-557-5000 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
TRANG WEB	https://www.sfhsa.org/

Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh Quận San Joaquin

GỌI	1-209-468-1000 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
TRANG WEB	https://www.sjchsa.org/

Y Tế Quận San Mateo

GỌI	Đường Dây Tư Vấn và Cấp Cứu dành cho Người Cao Tuổi và Người Lớn Tuổi 1-844-868-0938 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần
TTY	711
VIẾT THƯ	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
TRANG WEB	https://www.smchealth.org

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Santa Clara

GỌI	1-877-962-3633. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, trừ ngày lễ của quận
TTY	711
VIẾT THƯ	353 West Julian San Jose, CA 95110
TRANG WEB	https://socialservices.sccgov.org

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Santa Cruz

GỌI	1-888-421-8080 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
TRANG WEB	https://www.santacruzhumanservices.org/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Solano

GỌI	1-707-784-8400 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
TRANG WEB	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Sonoma

GỌI	1-707-565-4700 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
TRANG WEB	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Stanislaus

GỌI	1-877-652-0734 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
TRANG WEB	https://www.stancounty.com/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Tulare

GỌI	1-800-540-6880 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều. Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 12 giờ trưa.
TTY	711
VIẾT THƯ	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
TRANG WEB	https://tchhsa.org/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Ventura

GỌI	1-888-472-4463 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
TRANG WEB	https://www.ventura.org/human-services-agency/

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Yolo

GỌI	1-833-744-4472 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Để xác định địa chỉ gửi thư của một địa điểm văn phòng gần quý vị, vui lòng truy cập https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
TRANG WEB	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận Yuba

GỌI	1-877-652-0739 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711
VIẾT THƯ	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
TRANG WEB	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận

Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal và dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí nhận dịch vụ. Hãy xem bảng tương ứng với quận dưới đây để tìm thông tin liên hệ của cơ quan dịch vụ sức khỏe hành vi tại quận của quý vị.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Alameda

GỌI	Sức Khỏe Tinh Thần: 1-800-491-9099. Cuộc gọi này được miễn cước. Lạm Dụng Chất Gây Nghiện: 1-844-682-7215. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	1-800-533-5018. Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những hội viên có vấn đề về khả năng nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này.

Dịch Vụ Sức Khỏe Quận Amador

GỌI	1-888-310-6555. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Quận Contra Costa

GỌI	1-888-678-7277. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận El Dorado

GỌI	1-800-929-1955. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Sở Quản Lý Sức Khỏe Hành Vi Quận Fresno

GỌI	1-800-654-3937. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Kern

GỌI	1-800-991-5272. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Kings

GỌI	1-800-655-2553. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Sở Quản Lý Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles

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

Sức Khỏe Hành Vi Quận Madera

GỌI	1-888-275-9779. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Marin

GỌI	1-888-818-1115. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Mariposa

GỌI	1-800-549-6741. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Napa

GỌI	1-800-648-8650. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Tinh Thần Quận Orange

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

Dịch Vụ Sức Khỏe Quận Placer

GỌI	1-888-886-5401. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Sở Quản Lý Sức Khỏe Tinh Thần Quận Riverside

GỌI	1-800-499-3008. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Sacramento

GỌI	1-888-881-4881. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Sở Quản Lý Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino

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

Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego

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

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Francisco

GỌI	1-888-246-3333. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Joaquin

GỌI	1-888-468-9370. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi Quận San Mateo

GỌI	1-800-686-0101. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara

GỌI	1-800-704-0900. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Cruz

GỌI	1-800-952-2335. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Solano

GỌI	1-800-547-0495. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Sonoma

GỌI	1-800-870-8786. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Stanislaus

GỌI	1-888-376-6246. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Tulare

GỌI	Sức khỏe tinh thần: 1-800-320-1616. Cuộc gọi này được miễn cước. Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện: 1-866-732-4114. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Ventura

GỌI	1-866-998-2243. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Yolo

GỌI	1-888-965-6647. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	1-800-735-2929. Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những hội viên có vấn đề về khả năng nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này.

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Yuba

GỌI	1-888-923-3800. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước.

Liên lạc với cơ quan chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi của quận để được trợ giúp về:

- các thắc mắc liên quan đến dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa do quận cung cấp
- các thắc mắc liên quan đến dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện do quận cung cấp

K. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC có thể giúp quý vị khiếu nại và than phiền về các dịch vụ Medi-Cal.

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

L. Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (HCA)

Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (Health Consumer Alliance, HCA) là một tổ chức hợp tác trên toàn tiểu bang, cung cấp dịch vụ hỗ trợ pháp lý miễn phí qua mạng, qua điện thoại hoặc trực tiếp nhằm giúp những cư dân California gặp khó khăn trong việc tiếp cận hoặc duy trì bảo hiểm y tế cũng như giải quyết các vấn đề liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ. Để tìm hiểu thêm về HCA hoặc nhận hỗ trợ, vui lòng gọi số 1-888-804-3536 hoặc truy cập www.healthconsumer.org/

M. Các Chương Trình Giúp Mọi Người Chi Trả cho Thuốc

Trang mạng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) có cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc của quý vị. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có các chương trình khác để hỗ trợ, như được mô tả dưới đây.

M1. Trợ Giúp Thêm từ Medicare

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

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

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

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

- Quý vị hoặc vị đại diện được chỉ định của quý vị cần cung cấp bằng chứng này cho nhà thuốc trong mạng lưới khi lấy các loại thuốc Phần D được đài thọ để chúng tôi có thể tính quý vị khoản chia sẻ chi phí phù hợp cho đến khi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (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 gửi tới Kaiser Permanente theo địa chỉ
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400

  - Gửi fax đến 1-877-528-8579.

  - Mang bằng chứng tới một nhà thuốc trong mạng lưới hay mang tới văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương ở một cơ sở trong mạng lưới.

- Khi nhận được bằng chứng xác nhận mức tiền đồng trả chính xác, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền đồng trả khi nhận toa thuốc lần tới. Nếu quý vị trả quá tiền đồng trả, chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị bằng séc hoặc khoản tín dụng tiền đồng trả trong tương lai. Nếu nhà thuốc không thu tiền đồng trả của quý vị và quý vị nợ họ khoản tiền này, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang đã trả thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả trực tiếp cho tiểu bang đó. Quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang nếu có thắc mắc.

M2. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP)

ADAP giúp những người nhiễm HIV/AIDS đủ điều kiện tham gia Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) được tiếp cận thuốc điều trị HIV. Các loại thuốc Medicare Phần D cũng có ở danh mục thuốc ADAP sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ khoản chia sẻ chi phí thuốc theo toa qua Chương Trình Trợ Cấp Thuốc cho Bệnh AIDS (ADAP) của California. Lưu ý: Để đủ điều kiện tham gia ADAP tại tiểu bang của quý vị, quý vị 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 (theo định nghĩa của 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 tình trạng hội đủ điều kiện, các loại thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi tổng đài ADAP theo số 1-844-421-7050 từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu (ngoại trừ ngày lễ).

M3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare là một lựa chọn thanh toán phối hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ bằng cách chia nhỏ các khoản chi đó trong suốt năm dương lịch (Tháng Một – Tháng Mười Hai). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare có đài thọ thuốc (như chương trình Medicare Advantage có đài thọ thuốc) đều có thể sử dụng lựa chọn thanh toán này. **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. Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare và vẫn tiếp tục tham gia chương trình đó, quý vị không cần phải làm gì để tiếp tục sử dụng lựa chọn này.** “Trợ Giúp Thêm” từ Medicare cùng với sự hỗ trợ từ SPAP và ADAP sẽ mang lại lợi ích nhiều hơn cho những người đủ điều kiện so với việc tham gia lựa chọn thanh toán này, bất kể mức thu nhập của quý vị là bao nhiêu và các chương trình cung cấp bảo hiểm thuốc phải cung cấp lựa chọn thanh toán này. Để tìm hiểu thêm về lựa chọn thanh toán này, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc truy cập www.medicare.gov.

N. An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội sẽ xác định tình trạng hội đủ điều kiện tham gia Medicare và xử lý quy trình ghi danh Medicare.

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

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

O. Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB)

Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (Railroad Retirement Board, RRB) là một cơ quan Liên Bang độc lập quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho công nhân đường sắt quốc gia và gia đình họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua RRB, hãy cho họ biết nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu có thắc mắc về quyền lợi của quý vị từ RRB, hãy liên lạc với cơ quan.

GỌI	1-877-772-5772. Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. Nhấn “0” để nói chuyện với đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nhấn “1” để truy cập Đường Dây Trợ Giúp RRB tự động và nghe thông tin được ghi âm 24 giờ mỗi ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này. Các cuộc gọi tới số này không được miễn cước.
TRANG WEB	www.rrb.gov

P. Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal

Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ nhằm giúp những người đang gặp khó khăn trong việc tiếp cận hoặc duy trì bảo hiểm y tế, cũng như giải quyết các vấn đề liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

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

Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal hỗ trợ về than phiền, khiếu nại và điều trần. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Viên là 1-855-501-3077.

Q. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa nhất định sẽ được cung cấp thông qua Nha Khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

- khám sơ bộ, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị florua;
- phục hình và mão răng;
- điều trị rút tủy răng; và
- hàm giả bán phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm

Các quyền lợi nha khoa sẽ được cung cấp thông qua chương trình Medi-Cal Dental Phí Trả Theo Dịch Vụ (Fee-for-Service, FFS) hoặc chương trình Chăm Sóc Nha Khoa Có Quản Lý (Nha Khoa MC), tùy thuộc vào quận nơi quý vị sinh sống.

Medi-Cal Dental FFS (cho các quận khác ngoài Los Angeles và Sacramento)

GỌI	1-800-322-6384. Cuộc gọi này được miễn phí. Các đại diện của Medi-Cal Dental FFS sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu.
TTY	1-800-735-2922 Đây là số điện thoại dành cho những người có khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số điện thoại này.
TRANG WEB	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

Chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý cho các quận Los Angeles và Sacramento

Thay vì sử dụng Chương Trình Medi-Cal Dental Phí Trả Theo Dịch Vụ, quý vị có thể nhận được các quyền lợi nha khoa thông qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý được cung cấp tại các Quận Sacramento và Los Angeles. Nếu muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa hoặc muốn thay đổi các chương trình nha khoa, quý vị hãy liên lạc với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY hãy gọi 1-800-430-7077), từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này được miễn cước. Thông tin liên lạc về chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý cũng có trên trang: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Chương 3: Áp dụng bảo hiểm chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác

Giới Thiệu

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

Chương 3 Mục Lục

A. Thông tin về các dịch vụ và nhà cung cấp 70

B. Quy tắc nhận dịch vụ được chương trình đài thọ 70

C. Điều phối viên chăm sóc 72

C1. Điều phối viên chăm sóc là gì 72

C2. Làm cách nào để liên hệ với điều phối viên chăm sóc 72

C3. Làm cách nào để thay đổi điều phối viên chăm sóc 72

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp 72

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) 72

D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới 74

D3. Khi nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi 77

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 78

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 78

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) 78

F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi 80

G. Dịch vụ chuyên chở 82
G1. Dịch Vụ Chuyên Chở Vì Lý Do Y Tế Trong Trường Hợp Không Cấp Cứu 82
G2. Dịch vụ chuyên chở không vì lý do y tế 83
H. Dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc khi có thảm họa....84
H1. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế....84
H2. Dịch vụ chăm sóc cần gấp 86
H3. Dịch vụ chăm sóc khi có thảm họa....87
I. Phải làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được đài thọ 88
I1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ....88
J. Phạm vi bảo hiểm của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong công trình nghiên cứu lâm sàng....89
J1. Định nghĩa về công trình nghiên cứu lâm sàng 89
J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng....89
J3. Thông tin bổ sung về các công trình nghiên cứu lâm sàng 89
K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ như thế nào trong cơ sở chăm sóc sức khỏe mang tính tôn giáo phi y tế....90
K1. Định nghĩa về cơ sở chăm sóc sức khỏe mang tính tôn giáo phi y tế....90
K2. Dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe mang tính tôn giáo phi y tế....90
L. Thiết bị y khoa lâu bền (DME) 91
L1. Nhận DME với tư cách là hội viên chương trình....91
L2. Sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare....91
L3. Quyền lợi về thiết bị ô-xy khi là hội viên trong chương trình....92
L4. Thiết bị ô-xy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác....92

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

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

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

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

B. Quy tắc nhận dịch vụ được chương trình đài thọ

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

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

- Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được phải được đưa vào Bảng Quyền Lợi Y Tế của chúng tôi có trong **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Dịch vụ chăm sóc đó phải **cần thiết về mặt y tế**. Theo nghĩa cần thiết về mặt y tế, chúng tôi muốn nói đến các dịch vụ hợp lý và cần thiết để chẩn đoán và điều trị tình trạng bệnh y tế của quý vị. Dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế là dịch vụ cần có để đảm bảo người bệnh không bị bệnh nặng hoặc trở thành khuyết tật và giảm cơn đau dữ dội thông qua điều trị bệnh tật, ốm đau hoặc chấn thương.
- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có một **nhà cung cấp chăm sóc chính (primary care provider, PCP)** trong mạng lưới để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Với tư cách là hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình (vui lòng xem **Mục D1** để biết thêm thông tin).
    - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được PCP trong mạng lưới chấp thuận trước thì mới có thể sử dụng nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Quy trình này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không đài thọ các dịch vụ đó.

- Quý vị không cần phải được PCP giới thiệu khi nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần gấp, sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong **Phần D1**.

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Phần D** trong chương này). Thông thường, chúng tôi sẽ không đài thọ dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp không làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp các dịch vụ nhận được. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:
  - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần gấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Phần H**).
  - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp được dịch vụ đó, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu chúng tôi hoặc Nhóm Y Khoa của chúng tôi cho phép sử dụng những dịch vụ đó trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp kể trên, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc đó tương tự như khi quý vị nhận được dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về cách được chấp thuận sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo **Phần D4**.
  - Nếu quý vị cần dịch vụ thẩm tách khi đang ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình trong thời gian ngắn, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tạm thời không thể cung cấp dịch vụ hoặc không thể tiếp cận được, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Phần chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả cho dịch vụ thẩm tách sẽ không bao giờ cao hơn phần chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình đồng thời sử dụng dịch vụ thẩm tách từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới chương trình thì phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thể cao hơn phần chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ thẩm tách thông thường trong mạng lưới của quý vị tạm thời không thể cung cấp dịch vụ và quý vị chọn sử dụng các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực phục vụ thì phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ thẩm tách đó có thể cao hơn. Nếu có thể, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang trước khi quý vị rời khỏi khu vực phục vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị dịch vụ thẩm tách duy trì trong khi quý vị đi vắng.
  - Nếu là hội viên mới của chương trình, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của mình. Với một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác nhận rằng quý vị đã có mối quan hệ hiện tại với các nhà cung cấp. Vui lòng tham khảo Chương 1 trong Cẩm Nang Hội Viên này. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện quý vị đang sử dụng trong tối đa 12 tháng cho các dịch vụ. Trong thời gian đó, điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ với quý vị để giúp quý vị tìm các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị nếu quý vị tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp không thuộc mạng lưới.

Bảo Hiểm Y Tế Khác: Quý vị phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác trước khi dùng đến Medi-Cal nếu dịch vụ đó cũng được cung cấp theo bảo hiểm y tế chính của quý vị, vì Medi-Cal là bên chi trả cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ đóng vai trò là bên chi trả thứ cấp sau Medicare, chi trả cho các chi phí hợp lệ mà Medicare hoặc các bảo hiểm y tế khác không thanh toán, nhưng chỉ trong phạm vi mức giá quy định của Medi-Cal.

Hội viên mới tham gia Kaiser Permanente Dual Complete: Trong hầu hết trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Kaiser Permanente Dual Complete Plan để nhận các quyền lợi Medicare của mình vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal của mình từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đó của mình trong thời gian tối đa là hai tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị sẽ không bị gián đoạn trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi đến số điện thoại ở cuối trang nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

C. Điều phối viên chăm sóc

C1. Điều phối viên chăm sóc là gì

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

C2. Làm cách nào để liên hệ với điều phối viên chăm sóc

Vui lòng tham khảo **Chương 2**, **Phần G** để biết thông tin về cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc.

C3. Làm cách nào để thay đổi điều phối viên chăm sóc

Để thay đổi điều phối viên chăm sóc, vui lòng liên hệ với điều phối viên chăm sóc (vui lòng tham khảo **Chương 2**, **Phần G** để biết thông tin).

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP)

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

PCP là gì và PCP này có vai trò gì đối với 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 đào tạo để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế chính cho quý vị. PCP của quý vị cũng sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị. “Điều phối” dịch vụ chăm sóc của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham khảo ý kiến của nhà cung cấp khác trong mạng lưới về dịch vụ chăm sóc của quý vị và xem dịch vụ chăm sóc đó ra sao. Trong một số trường hợp, PCP của quý vị sẽ cần được chúng tôi cho phép trước (chấp thuận trước) (vui lòng xem **Phần D2** trong chương này để biết thêm thông tin).

Lựa chọn PCP

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 hoặc y sĩ có sẵn để làm nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị. PCP được liệt kê 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 số loại dịch vụ được đài thọ quý vị có thể tự nhận mà không cần liên hệ trước với PCP của mình (vui lòng xem phần "Các dịch vụ quý vị có thể nhận mà không cần PCP của mình chấp thuận" trong chương này).

Vui lòng xem *Danh Mục Nhà 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 chấp nhận bệnh nhân mới.

Tùy chọn thay đổi PCP

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

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

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

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

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

- Dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới

- Dịch vụ được đài thọ và cần gấp, đòi hỏi phải được chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu), trong trường hợp quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình, hoặc khi việc sử dụng dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không khả thi xét về mặt thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần gấp là bệnh tật và chấn thương không lường trước được hoặc bệnh trạng bệnh hiện tại bùng phát bất ngờ. Các buổi thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hàng năm) không được coi là dịch vụ cần gấp, ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không thể cung cấp
- Các dịch vụ thẩm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị ra khỏi khu vực phục vụ của chương trình. Nếu quý vị gọi Dịch Vụ Hội Viên trước khi rời khỏi khu vực phục vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị được thẩm tách khi quý vị đi xa.
- Chủng ngừa cúm và vắc-xin COVID-19, cũng như các vắc-xin viêm gan B và các vắc-xin bệnh viêm phổi, miễn là quý vị sử dụng những dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ và kế hoạch hóa gia đình định kỳ. Dịch vụ này bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú kiểm tra sàng lọc (chụp X-quang vú), kiểm tra ung thư cổ tử cung và khám vùng xương chậu miễn là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới.
- Lịch hẹn trong các lĩnh vực sau: đo thị lực, lạm dụng chất gây nghiện và tâm thần.
- Tại khu vực Miền Nam California của chúng tôi: dịch vụ chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương được Medicare đài thọ, miễn là quý vị sử dụng dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

Ngoài ra, nếu quý vị là Hội Viên người Mỹ Bản Địa, quý vị có thể nhận Dịch Vụ Được Đài Thọ từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Bản Địa do quý vị lựa chọn mà không cần có giấy giới thiệu từ PCP trong Mạng Lưới hoặc Sự Cho Phép Trước.

D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới

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

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

Giấy giới thiệu từ PCP của quý vị

Thông thường, quý vị sẽ thăm khám với PCP của quý vị trước đối với hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe định kỳ của quý vị. Chỉ có một số ít loại dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể tự nhận mà không cần sự chấp thuận trước của PCP; các dịch vụ này đã được mô tả ở trên trong **Phần D1**.

Giấy giới thiệu có thể áp dụng cho một lần khám duy nhất hoặc là giấy giới thiệu dài hạn cho nhiều lần khám nếu quý vị cần các dịch vụ liên tục. Chúng tôi cần cấp cho quý vị giấy giới thiệu dài hạn đến một bác sĩ chuyên khoa đủ tiêu chuẩn đối với bất kỳ tình trạng nào sau đây:

- tình trạng mãn tính (kéo dài);
- bệnh lý thể chất hoặc tâm thần đe dọa tính mạng;
- bệnh thoái hóa hoặc tình trạng khuyết tật;
- bất kỳ tình trạng hoặc bệnh lý nào khác đủ nghiêm trọng hoặc phức tạp để cần đến sự điều trị của bác sĩ chuyên khoa.

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

Giới thiệu đến các nhà cung cấp trong mạng lưới

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

Sự cho phép trước

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

- Các dịch vụ và vật dụng được liệt kê trong **Chương 4** kèm theo ghi chú 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 thực hiện 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 nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp. Giấy giới thiệu đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ áp dụng cho chương trình điều trị đặc biệt, có thể bao gồm giấy giới thiệu dài hạn nếu dịch vụ chăm sóc liên tục được chỉ định. Giấy giới thiệu này quy định khoảng thời gian hiệu lực mà không cần phải được chúng tôi chấp thuận thêm. Vui lòng hỏi nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị xem những dịch vụ nào đã được cho phép nếu quý vị không chắc chắn. Nếu bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới muốn quý vị trở lại để được chăm sóc thêm, nhớ kiểm tra lại để xem việc giới thiệu có đài thọ cho dịch vụ chăm sóc thêm đó không. Nếu không, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Sau khi chúng tôi được thông báo rằng quý vị cần được chăm sóc sau khi ổn định- với 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 đó. 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 dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới chỉ khi chúng tôi không thể sắp xếp để nhà cung cấp trong mạng lưới (hay nhà cung cấp được chỉ định khác) cung cấp dịch vụ chăm sóc này. Vui lòng tham khảo **Phần H** trong chương này để biết thêm thông tin.
- Phẫu thuật chuyển đổi giới tính cần thiết về mặt y tế và các thủ thuật liên quan.
- Dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe mang tính tôn giáo phi y tế được mô tả trong **Phần K** của chương này.
- Chỉ dành cho hội viên ở Miền Bắc California: Nếu nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị giới thiệu bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử để đánh giá cấy/ghép, ủy ban hoặc hội đồng tư vấn cấy/ghép khu vực hoặc ban hội chẩn ca bệnh (nếu có) của Medical Group sẽ cho phép giới thiệu nếu họ xác định rằng quý vị là người phù hợp để cấy/ghép bộ phận cơ thể và dịch vụ này sẽ được đài thọ theo quy tắc của Medicare. Trong trường hợp không có ủy ban hay hội đồng tư vấn cấy/ghép, Medical Group sẽ giới thiệu quý vị tới (các) bác sĩ tại một trung tâm cấy ghép và Medical Group sẽ cho phép các dịch vụ này nếu các bác sĩ của trung tâm cấy/ghép xác định rằng chúng cần thiết về mặt y tế hay được đài thọ theo các quy tắc của Medicare. Lưu ý: Bác sĩ trong mạng lưới có thể thực hiện hoặc cho phép thực hiện thủ thuật giác mạc mà không cần tuân theo quy trình cho phép cấy/ghép của Medical Group.

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

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

- Ngay cả khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi vẫn phải đảm bảo quý vị được tiếp cận liên tục với các nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết khi nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
    - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã từng đến khám với nhà cung cấp này trong vòng ba năm qua.
    - Nếu bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác của quý vị rời khỏi chương trình, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ, hoặc đã đến khám với họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ tiêu chuẩn trong mạng lưới để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang trong quá trình điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận các phương pháp điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để đảm bảo quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh dành cho quý vị và các lựa chọn mà quý vị có thể có đối với việc thay đổi chương trình.
- Nếu không tìm được bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ tiêu chuẩn mà quý vị có thể tiếp cận được, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc quyền lợi không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Người được chỉ định phù hợp thuộc Medical Group sẽ cho phép thực hiện 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 nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp. Giấy giới thiệu đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ áp dụng cho chương trình điều trị đặc biệt, có thể bao gồm giấy giới thiệu dài hạn nếu dịch vụ chăm sóc liên tục được chỉ định. Giấy giới thiệu này quy định khoảng thời gian hiệu lực mà không cần phải được chúng tôi chấp thuận thêm. Vui lòng hỏi nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị xem những dịch vụ nào đã được cho phép nếu quý vị không chắc chắn. Nếu bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới muốn quý vị trở lại để được chăm sóc thêm, nhớ kiểm tra lại để xem việc giới thiệu có đài thọ cho dịch vụ chăm sóc thêm đó không. Nếu không, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu quý vị biết rằng một trong những nhà cung cấp của mình sẽ rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý việc chăm sóc của quý vị.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa đổi nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc rằng chúng tôi không quản lý tốt dịch vụ chăm sóc của quý vị thì quý vị có quyền nộp đơn than phiền về chất lượng chăm sóc cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO), phàn nàn về chất lượng chăm sóc, hoặc cả hai. (Tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải chấp nhận Medicare và/hoặc Medi-Cal.

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

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị điều trị ở nhà và tránh phải nằm viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị được tiếp cận với một số LTSS nhất định thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Ngoài ra còn một loại LTSS khác là chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia, hiện được cung cấp thông qua cơ quan dịch vụ xã hội quận của quý vị.

Quý vị có thể hỏi bác sĩ hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị để biết thêm thông tin về LTSS bao gồm cả IHSS. Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký IHSS bằng cách liên lạc với cơ quan dịch vụ xã hội quận thích hợp được nêu tại **Chương 4, Mục F4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

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

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được dịch vụ chăm sóc có quản lý của Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hoặc các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quận, nhưng những dịch vụ này sẽ được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan dịch vụ sức khỏe hành vi thuộc quận của quý vị được xác định dưới đây:

- Sở Quản Lý Sức Khỏe Tinh Thần Quận Alameda theo số 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Sở Quản Lý Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Quận Alameda theo số 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Amador theo số 1-888-310-6555 (TTY 711)

- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Contra Costa theo số 1-888-678-7277 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận El Dorado theo số 1-800-929-1955 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Fresno theo số 1-800-654-3937 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Kern theo số 1-800-991-5272 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Kings theo số 1-800-655-2553 (TTY 711)
- Sở Quản Lý Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles theo số 1-800-854-7771 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Madera theo số 1-888-275-9779 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Marin theo số 1-888-818-1115 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Mariposa theo số 1-800-549-6741 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Napa theo số 1-800-648-8650 (TTY 711)
- Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Tinh Thần Quận Orange theo số 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Placer theo số 1-888-886-5401 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Riverside theo số 1-800-499-3008 (TTY 711)
- Sở Quản Lý Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino theo số 1-888-743-1478 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego theo số 1-888-724-7240 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Sacramento theo số 1-888-881-4881 (TTY 711)
- Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi Quận San Mateo theo số 1-800-686-0101 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Francisco theo số 1-888-246-3333 (711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận San Joaquin theo số 1-888-468-9370 (711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara theo số 1-800-704-0900 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Cruz theo số 1-800-952-2335 (711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Solano theo số 1-800-547-0495 (711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Sonoma theo số 1-800-870-8786 (711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Stanislaus theo số 1-888-376-6246 (711)

- Sở Quản Lý Sức Khỏe Tinh Thần Quận Tulare theo số 1-800-320-1616 (TTY 711)
- Sở Quản Lý Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Quận Tulare theo số 1-866-732-4114 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Ventura theo số 1-866-998-2243 (TTY 711)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Yolo theo số 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Yuba theo số 1-888 923-3800 (TTY 711)

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

Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal do cơ quan chăm sóc sức khỏe hành vi tại quận của quý vị (được xác định tại **Phần F** trong chương này) cung cấp, bao gồm:

- các dịch vụ sức khỏe tinh thần
- dịch vụ hỗ trợ thuốc men
- dịch vụ điều trị đặc biệt ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng
- dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị nội trú dành cho người lớn
- dịch vụ điều trị khủng hoảng nội trú
- dịch vụ của cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần
- dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần
- quản lý trường hợp mục tiêu
- tái hòa nhập cho người có liên quan đến hệ thống tư pháp, nếu có
- điều trị tích cực tại cộng đồng (assertive community treatment, ACT), nếu có
- điều trị tích cực tại cộng đồng dành cho người có liên quan đến hệ thống tư pháp (forensic assertive community treatment, FACT), nếu có
- dịch vụ chăm sóc chuyên khoa phối hợp (coordinated specialty care, CSC) dành cho người mắc chứng rối loạn tâm thần đầu tiên (first episode psychosis, FEP), nếu có
- dịch vụ tại các trung tâm giao lưu cộng đồng, nếu có

- dịch vụ tăng cường do nhân viên y tế cộng đồng (community health worker, CHW) thực hiện, nếu có
- dịch vụ hỗ trợ việc làm, nếu có
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng, nếu có
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng, nếu có
- dịch vụ trị liệu hành vi
- dịch vụ chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời để trị liệu

Các dịch vụ Medi-Cal về Thuốc (DMC) được quận của quý vị cung cấp bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú tích cực
- điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện nội trú trong giai đoạn chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị lạm dụng ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng, nếu có
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng, nếu có

Các dịch vụ của Hệ Thống Phân Phối Thuốc Có Tổ Chức Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) luôn sẵn sàng phục vụ quý vị thông qua Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi tại Quận của quý vị, nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận được những dịch vụ này. Dịch vụ DMC-ODS bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị ngoại trú tích cực
- dịch vụ nhập viện bán phần
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- các dịch vụ điều trị nội trú
- dịch vụ kiểm soát hội chứng cai
- chương trình điều trị lạm dụng ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng, nếu có
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng, nếu có

- dịch vụ quản lý dự phòng, nếu có
- dịch vụ điều trị nội trú

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

G. Dịch vụ chuyên chở

G1. Dịch Vụ Chuyên Chở Vì Lý Do Y Tế Trong Trường Hợp Không Cấp Cứu

Quý vị được quyền sử dụng dịch vụ chuyên chở vì lý do y tế trong trường hợp không cấp cứu (non-emergency medical transportation, NEMT) nếu quý vị có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng ô tô, xe buýt hoặc taxi đến các cuộc hẹn của mình. NEMT có thể được cung cấp cho các dịch vụ được Medi-Cal đài thọ, như các cuộc hẹn khám bệnh, nha khoa, sức khỏe tinh thần, sử dụng chất gây nghiện và đến nhà thuốc. Nếu cần NEMT, quý vị có thể nói chuyện với nhà cung cấp, nha sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện trong mạng lưới và yêu cầu cung cấp dịch vụ này. Nhà cung cấp của quý vị sẽ quyết định loại dịch vụ chuyên chở thích hợp nhất để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần NEMT, họ sẽ chỉ định bằng cách điền vào biểu mẫu và gửi biểu mẫu tới Kaiser Permanente Dual Complete để xin chấp thuận. Tùy theo nhu cầu y tế của quý vị, quý vị có thể được chấp thuận trong thời hạn lên đến 12 tháng. PCP của quý vị sẽ đánh giá lại nhu cầu sử dụng dịch vụ NEMT khi cần thiết hoặc khi chỉ định của quý vị hết hạn và có thể chấp thuận lại dịch vụ NEMT với thời hạn lên đến 12 tháng.

NEMT là xe cứu thương, xe tải chở được băng-ca, xe tải chở được xe lăn hoặc phương tiện chuyên chở bằng đường hàng không. Kaiser Permanente Dual Complete cho phép phương thức chuyên chở được đài thọ có chi phí thấp nhất và NEMT phù hợp nhất cho nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần đi đến cuộc hẹn. Ví dụ: nếu tình trạng thể chất hoặc sức khỏe của quý vị có thể cho phép chuyên chở quý vị bằng xe tải chở được xe lăn, Kaiser Permanente Dual Complete sẽ không chi trả cho xe cứu thương. Quý vị chỉ có quyền được chuyên chở bằng đường hàng không nếu tình trạng y tế của quý vị không cho phép bất kỳ loại phương tiện chuyên chở bằng đường bộ nào.

NEMT phải được sử dụng khi:

- Quý vị cần phương tiện đó để đáp ứng nhu cầu về mặt thể chất hoặc y tế như được xác định bằng văn bản cho phép từ nhà cung cấp trong mạng lưới, nha sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, ô tô hoặc xe tải để đến cuộc hẹn.
- Quý vị cần trợ giúp từ tài xế khi đến và đi từ nơi cư trú, phương tiện đi lại hoặc nơi điều trị do tình trạng khuyết tật trí tuệ hoặc thể chất.

Để yêu cầu dịch vụ chuyên chở y tế mà bác sĩ đã chỉ định cho **các cuộc hẹn khám bệnh thông thường**, vui lòng gọi cho Kaiser Permanente Dual Complete ít nhất ba ngày làm việc (Thứ Hai – Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **cuộc hẹn**, vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Chuẩn bị sẵn Thẻ ID Hội Viên khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Giới hạn đối với dịch vụ chuyên chở y tế

Kaiser Permanente Dual Complete đài thọ dịch vụ chuyên chở y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị để đưa quý vị từ nhà mình đến nhà cung cấp gần nhất mà quý vị đặt cuộc hẹn. Dịch vụ chuyên chở y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không đài thọ cho dịch vụ đó. Nếu loại cuộc hẹn được Medi-Cal đài thọ nhưng không thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe, Kaiser Permanente Dual Complete sẽ giúp quý vị lên lịch chuyên chở. Danh sách các dịch vụ được đài thọ có trong **Chương 4** của cẩm nang này. Dịch vụ chuyên chở không được đài thọ bên ngoài mạng lưới hoặc khu vực phục vụ của Kaiser Permanente Dual Complete trừ khi được cho phép trước.

G2. Dịch vụ chuyên chở không vì lý do y tế

Quyền lợi chuyên chở không vì lý do y tế (non-medical transportation, NMT) bao gồm đưa đến và đi từ nơi quý vị hẹn nhận dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Quý vị có thể được chở đi miễn phí khi quý vị:

- Đến và đi từ nơi quý vị hẹn nhận dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép, **hoặc**
- Lấy thuốc theo toa và nguồn tiếp liệu y tế.

Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete cho phép quý vị dùng xe hơi, xe taxi, xe buýt hoặc một phương tiện chuyên chở tư nhân/công cộng khác để đưa quý vị đến cuộc hẹn nhằm sử dụng dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Kaiser Permanente Dual Complete sử dụng nhà cung cấp để sắp xếp NMT. Chúng tôi đài thọ cho loại hình NMT có chi phí thấp nhất đáp ứng được nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được bồi hoàn khi đi xe riêng mà quý vị sắp xếp. Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete phải chấp thuận điều này **trước khi** quý vị sử dụng phương tiện và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do tại sao quý vị không thể đi bằng phương tiện khác, như đi xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi điện hoặc gửi email hoặc gặp trực tiếp. **Quý vị không được bồi hoàn khi tự lái xe**.

Bồi hoàn quãng đường di chuyển đòi hỏi phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

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

Để yêu cầu được chở đến nơi cung cấp dịch vụ đã được cho phép, hãy gọi đến đường dây tiếp nhận yêu cầu về dịch vụ chuyên chở của chúng tôi theo số 1-844-299-6230 (TTY 711) ít nhất ba ngày làm việc (Thứ Hai đến Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin. Vui lòng chuẩn bị sẵn tất cả các thông tin sau khi quý vị gọi:

- Thẻ ID Kaiser Permanente của quý vị.
- Ngày và giờ cho cuộc hẹn thăm khám y khoa của quý vị.

- Địa chỉ nơi quý vị cần đón và địa chỉ nơi đến.
- Quý vị cần được đưa đi và đón về không.
- Liệu có người đi cùng với quý vị không (ví dụ: phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người chăm sóc).

Lưu ý: Hội Viên Người Mỹ Bản Địa có thể liên lạc với Phòng Khám Sức Khoẻ Dành Cho Người Bản Địa tại địa phương của họ để yêu cầu dịch vụ chuyên chở không vì lý do y tế.

Giới hạn trong dịch vụ chuyên chở không vì lý do y tế

Chương trình Kaiser Permanente Dual Complete cung cấp NMT có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị để đưa quý vị từ nhà mình đến nhà cung cấp dịch vụ gần nhất mà quý vị đặt cuộc hẹn. **Quý vị không thể tự mình lái xe và cũng không được bồi hoàn trực tiếp.**

NMT không áp dụng nếu:

- Cần có xe cứu thương, xe tải chở được băng ca, xe tải chở được xe lăn hoặc các hình thức chuyên chở vì lý do y tế trong trường hợp không cấp cứu khác để sử dụng dịch vụ.
- Quý vị cần hỗ trợ từ tài xế khi đến và đi từ nơi cư trú, phương tiện đi lại hoặc nơi điều trị do tình trạng thể chất hoặc y tế.
- Quý vị phải ngồi xe lăn và không thể di chuyển vào và ra khỏi phương tiện đi lại nếu không có sự trợ giúp của tài xế.
- Dịch vụ này không được Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ.

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

H1. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Tình trạng cấp cứu y tế là bệnh trạng đi kèm các triệu chứng như bệnh lý, đau dữ dội, chấn thương nghiêm trọng hoặc bệnh trạng đang chuyển biến xấu nhanh chóng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế tức thời, quý vị hoặc bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến:

- nguy cơ nghiêm trọng đối với sinh mạng của quý vị hoặc của thai nhi; **hoặc**
- mất hoặc tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng của cơ thể; **hoặc**
- rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ bộ phận hoặc phần cơ thể nào; **hoặc**
- trong trường hợp quý vị mang thai đang chuyển dạ, thì tình trạng cấp cứu là khi:
  - Không đủ thời gian để di chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh.
  - Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Nhờ người khác giúp đỡ** càng nhanh **càng tốt.** Hãy gọi 911 hoặc tới phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị không cần được PCP chấp thuận hay giới thiệu. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể được đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu, bất cứ khi nào quý vị cần, ở mọi nơi tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ hay trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang, ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.
- **Cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị càng sớm càng tốt.** Chúng tôi theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hay người nào khác nên gọi để cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải chi trả cho các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị chậm thông báo cho chúng tôi. Số điện thoại để gọi được liệt kê ở trên mặt sau thẻ hội viên chương trình của quý vị.

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

Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ xe cứu thương trong những tình huống mà việc di chuyển đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ phương thức nào khác đều có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi tại **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Nhà cung cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình trạng cấp cứu y tế qua đi. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên lạc với chúng tôi để lập kế hoạch nếu quý vị cần được chăm sóc theo dõi để khỏe hơn.

Chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc theo dõi. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng để nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị càng sớm càng tốt.

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 dịch vụ 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. Bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi họ liên lạc với chúng tôi và lập kế hoạch chăm sóc bổ sung. Chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc theo dõi sau khi ổn định theo luật áp dụng. Điều rất quan trọng là nhà cung cấp của quý vị phải gọi cho chúng tôi để nhận được sự cho phép đối với dịch vụ chăm sóc sau ổn định **trước khi** quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp điều trị cho quý vị phải nhận được sự cho phép của chúng tôi trước khi chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc sau ổn định. 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.

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

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

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

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

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

- Thiết bị DME được đài thọ theo mô tả tại **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Thiết bị DME đó là cần thiết về mặt y tế đối với quý vị sau khi xuất viện.
- Thiết bị DME mà quý vị nhận được phải liên quan đến dịch vụ chăm sóc cấp cứu mà quý vị sử dụng trong bệnh viện.

Nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu nếu tình trạng không phải là trường hợp cấp cứu

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

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

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

H2. Dịch vụ chăm sóc cần gấp

Dịch vụ chăm sóc cần gấp là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được khi gặp tình trạng không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ, quý vị có thể bị bùng phát một tình trạng bệnh lý sẵn có hoặc gặp phải một căn bệnh hay chấn thương bất ngờ.

Dịch vụ chăm sóc cần gấp trong khu vực phục vụ của chương trình

Chúng tôi chỉ đài thọ dịch vụ chăm sóc cần gấp nếu:

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

Nếu quý vị không thể hoặc có lý do hợp lý khiến quý vị không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới do thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh của mình, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần gấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Chúng tôi biết rằng đôi khi khó biết quý vị cần loại hình chăm sóc nào. Đó là lý do tại sao chúng tôi có y tá tư vấn 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. Cho dù quý vị gọi điện để được tư vấn hay đặt lịch hẹn, quý vị đều có thể trao đổi với y tá tư vấn.

Họ thường có thể giải đáp các thắc mắc về những vấn đề nhỏ, hướng dẫn quý vị cách xử lý khi cơ sở y tế trong mạng lưới đã đóng cửa hoặc tư vấn các bước tiếp theo, bao gồm cả việc đặt lịch hẹn chăm sóc khẩn cấp trong ngày cho quý vị nếu xét thấy phù hợp về mặt y tế. Để trao đổi với y tá tư vấn 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần hoặc đặt lịch hẹn, vui lòng tham khảo *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để biết số điện thoại liên hệ đặt lịch hẹn và nhận tư vấn.

Dịch vụ chăm sóc cần gấp ngoài khu vực phục vụ của chương trình

Khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi, quý vị có thể không nhận được dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần gấp mà quý vị nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào. Các buổi thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hàng năm) không được coi là dịch vụ cần gấp, ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không thể cung cấp.

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

- Quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Các dịch vụ này là cần thiết để điều trị bệnh tật hoặc chấn thương không lường trước được nhằm ngăn chặn tình trạng sức khỏe của quý vị bị suy giảm nghiêm trọng.
- Không thể trì hoãn việc điều trị cho đến khi quý vị quay trở lại khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Các dịch vụ sẽ được đài thọ nếu quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

H3. Dịch vụ chăm sóc khi có thảm họa

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

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

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

I. Phải làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được đài thọ

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

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

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

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

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

Nếu nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không đài thọ, **quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí**, trừ khi chi phí đó được một chương trình Medi-Cal khác ngoài chương trình của chúng tôi đài thọ.

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

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

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

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

J1. Định nghĩa về công trình nghiên cứu lâm sàng

Công trình nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là một cách bác sĩ thử nghiệm các loại thuốc hoặc chăm sóc sức khỏe mới. Một công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu người tình nguyện tham gia nghiên cứu. Khi tham gia vào công trình nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể tiếp tục ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc còn lại (dịch vụ chăm sóc không liên quan tới nghiên cứu này) qua chương trình của chúng tôi.

Nếu muốn tham gia vào bất cứ công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận nào, quý vị **không** cần báo cho chúng tôi hoặc được chúng tôi chấp thuận, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo cho chúng tôi hoặc nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị. Các nhà cung cấp mà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong khuôn khổ nghiên cứu này **không** cần phải là nhà cung cấp trong mạng lưới. Quy định này không áp dụng cho các quyền lợi được đài thọ yêu cầu phải có thử nghiệm lâm sàng hoặc cơ sở dữ liệu theo dõi để đánh giá lợi ích, bao gồm một số quyền lợi yêu cầu phải có bảo hiểm kèm thu thập bằng chứng (NCD-CED) và các nghiên cứu theo diện miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE). Những quyền lợi này cũng có thể cần phải được cho phép trước và tuân theo các quy định khác của chương trình.

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

J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng

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

- dịch vụ phòng ốc và ăn uống trong thời gian nằm viện mà Medicare sẽ trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- ca phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác thuộc công trình nghiên cứu
- dịch vụ điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới

Nếu quý vị tham gia nghiên cứu mà Medicare **chưa** chấp thuận, quý vị sẽ phải chi trả mọi chi phí khi tham gia nghiên cứu.

J3. Thông tin bổ sung về các công trình nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Công Trình Nghiên Cứu Lâm Sàng) trên trang mạng Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ như thế nào trong cơ sở chăm sóc sức khỏe mang tính tôn giáo phi y tế

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

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

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

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

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

- Dịch vụ điều trị y tế "không thuộc diện ngoại lệ" là bất cứ dịch vụ chăm sóc hay điều trị y tế nào **mang tính tự nguyện và không bị bắt buộc** theo luật liên bang, tiểu bang hay địa phương.
- Dịch vụ điều trị y tế "thuộc diện ngoại lệ" là dịch vụ chăm sóc hay điều trị mà quý vị nhận được là bắt buộc và không mang tính tự nguyện theo luật liên bang, tiểu bang hay địa phương.
- Để được chương trình của chúng tôi đài thọ, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ cơ sở chăm sóc sức khỏe mang tính tôn giáo phi y tế phải đáp ứng các điều kiện sau:
- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ các khía cạnh không liên quan đến tôn giáo của dịch vụ chăm sóc.
- Nếu quý vị được cơ sở này cung cấp dịch vụ tại một cơ sở y tế:
  - Quý vị phải có một tình trạng y tế cho phép quý vị được đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  - Quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi vào cơ sở điều trị, nếu không, chi phí lưu trú của quý vị **sẽ không** được đài thọ.

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

L. Thiết bị y khoa lâu bền (DME)

L1. Nhận DME với tư cách là hội viên chương trình

Thiết bị y khoa lâu bền (Durable Medical Equipment, "DME") bao gồm những thiết bị đáp ứng các tiêu chí sau đây:

- Vật phẩm này được thiết kế để sử dụng nhiều lần
- Vật phẩm này chủ yếu và thường xuyên được sử dụng để phục vụ một mục đích y tế
- Vật phẩm này thường chỉ có ích đối với người mắc bệnh, chấn thương, suy giảm chức năng hoặc dị tật bẩm sinh
- Vật phẩm này phù hợp để sử dụng cả trong nhà lẫn ngoài nhà
- Thiết bị cần thiết giúp quý vị trong các

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

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

Quý vị sở hữu một số thiết bị DME, như bộ phận giả.

Các loại DME khác quý vị phải thuê. Là hội viên trong chương trình chúng tôi, quý vị **sẽ không** sở hữu thiết bị DME thuê, dù là quý vị thuê thiết bị đó trong bao lâu.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận thiết bị ô-xy được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ đài thọ:

- chi phí thuê thiết bị ô-xy
- chi phí cung cấp ô-xy và bình chứa ô-xy
- ống dẫn và các phụ kiện liên quan dùng để cung cấp ô-xy và bình chứa ô-xy
- chi phí bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị ô-xy

Quý vị phải trả lại thiết bị ô-xy khi không còn cần thiết về mặt y tế hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

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

Khi thiết bị ô-xy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi để chuyển sang Original Medicare**, quý vị thuê thiết bị đó từ đơn vị cung ứng trong 36 tháng. Các khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng của quý vị bao gồm thiết bị, vật tư và dịch vụ ô-xy được liệt kê ở trên. Medicare và Medi-Cal sẽ đài thọ các khoản thanh toán này nếu quý vị vẫn đang tham gia Medicare và Medi-Cal.

Nếu thiết bị ô-xy vẫn cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị đã thuê được 36 tháng,** đơn vị cung ứng phải cung cấp:

- thiết bị, vật tư và dịch vụ ô-xy trong 24 tháng nữa
- thiết bị và vật tư ô-xy trong tối đa năm năm nếu cần thiết về mặt y tế

Nếu thiết bị ô-xy vẫn cần thiết về mặt y tế **khi hết giai đoạn năm năm:**

- Nhà cung cấp của quý vị không còn cung cấp thiết bị đó nữa và quý vị có thể chọn nhận thiết bị thay thế từ bất kỳ đơn vị cung ứng nào.
- Giai đoạn năm năm mới sẽ bắt đầu.
- Quý vị thuê từ một đơn vị cung ứng trong 36 tháng.
- Sau đó, đơn vị cung ứng của quý vị sẽ cung cấp thiết bị, vật tư và dịch vụ ô-xy trong 24 tháng nữa.
- Chu kỳ mới sẽ bắt đầu năm năm một lần miễn là thiết bị ô-xy cần thiết về mặt y tế.

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

Chương 4: Bảng quyền lợi

Giới Thiệu

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

Hội viên mới tham gia Kaiser Permanente Dual Complete: Trong hầu hết trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Kaiser Permanente Dual Complete Plan để nhận các quyền lợi Medicare của mình vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị trong một tháng bổ sung. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị sẽ không bị gián đoạn trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-443-0815 (TTY 711) nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Chúng tôi làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

Chương 4 Mục Lục

A. Dịch vụ được đài thọ và chi phí tự trả của quý vị 94

B. Quy định cấm nhà cung cấp tính phí dịch vụ đối với quý vị....94

C. Giới thiệu về Bảng Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi 94

D. Bảng Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi....100

E. Hỗ Trợ Cộng Đồng 181

F. Quyền lợi được đài thọ bên ngoài chương trình của chúng tôi 187

F1. Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)....187

F2. Medi-Cal Dental 188

F3. Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia (IHSS)....189

F4. 1915(c) Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Trong Cộng Đồng (HCBS) 189

F5. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Được Cung Cấp Ngoài Chương Trình của Chúng Tôi (Dịch Vụ về Sức Khỏe Tinh Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện) 192

G. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ....194

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

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

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

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

B. Quy định cấm nhà cung cấp tính phí dịch vụ đối với quý vị

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

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

C. Giới thiệu về Bảng Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi

Bảng Quyền Lợi cho quý vị biết các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả. (Phạm vi bảo hiểm thuốc được trình bày trong **Chương 5.**) Bảng quyền lợi này liệt kê các dịch vụ được đài thọ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích những dịch vụ đó.

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

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ theo các quy tắc mà Medicare và Medi-Cal đặt ra
- Các dịch vụ, bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, sức khỏe hành vi và sử dụng chất gây nghiện, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thiết bị và thuốc phải là “cần thiết về mặt y tế”. Cần thiết về mặt y tế là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Loại này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Cần thiết về mặt y tế cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y khoa.
- Đối với hội viên mới ghi danh, trong 90 ngày đầu tiên, chúng tôi có thể không yêu cầu quý vị phải xin chấp thuận trước cho bất kỳ quá trình điều trị đang diễn ra nào, ngay cả khi quá trình điều trị đó là dịch vụ do nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện.

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ, trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần gấp hoặc trừ khi chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với các dịch vụ nằm ngoài mạng lưới mà quý vị đã nhận. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới

- Quý vị có một nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) hoặc một đội ngũ chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi. Quy trình này được gọi là giới thiệu. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này có thêm thông tin về việc nhận giấy giới thiệu và khi nào quý vị không cần giấy giới thiệu

- Chúng tôi chỉ đài thọ một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới đã được chúng tôi chấp thuận trước. Đây được gọi là sự cho phép trước (prior authorization, PA). Chúng tôi đã đánh dấu các dịch vụ được đài thọ cần PA trong Bảng Quyền Lợi bằng chú dẫn (†). Ngoài ra, vui lòng tham khảo **Chương 3** để biết thêm thông tin về PA, bao gồm các dịch vụ khác cần phải có PA nhưng chưa được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi.

- Nếu chương trình của chúng tôi chấp thuận yêu cầu PA cho quá trình điều trị thì quyết định chấp thuận đó sẽ phải duy trì hiệu lực trong thời gian hợp lý và cần thiết về mặt y tế để tránh gián đoạn trong dịch vụ chăm sóc dựa trên tiêu chí bảo hiểm, bệnh sử và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

- 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. (Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, vui lòng tham khảo sổ tay *Medicare & Quý Vị* 2027. Tham khảo sổ tay này trực tuyến tại www.Medicare.gov hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu cung cấp một bản. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.)

- Nếu Medicare bổ sung phạm vi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2027, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho những dịch vụ đó.

- Nếu quý vị mất bảo hiểm Medi-Cal trong giai đoạn 4 tháng được coi là tiếp tục hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare do chương trình Medicare Advantage đài thọ. Tuy nhiên, bảo hiểm Medi-Cal của quý vị có thể kết thúc sớm hơn bảo hiểm Medicare của quý vị với chúng tôi. Khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ không chi trả các quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với các quyền lợi do Kaiser Permanente Dual Complete đài thọ sẽ thay đổi theo mô tả trong Bảng Quyền Lợi trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Quý vị cũng có thể mất Trợ Giúp Thêm từ Medicare để giúp thanh toán thuốc Medicare Phần D của quý vị.

Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị khôi phục tình trạng hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal. Nếu quý vị khôi phục tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal trong khi vẫn đang ghi danh vào chương trình của chúng tôi để hưởng bảo hiểm Medicare, chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả cho các quyền lợi Medi-Cal của quý vị và trạng thái ghi danh của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ vẫn tiếp tục. Nếu quý vị có lại tình trạng hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal sau khi chúng tôi rút tên ghi danh của quý vị khỏi phạm vi bảo hiểm Medicare của chúng tôi, quý vị cần liên hệ với chúng tôi để tái ghi danh vào chương trình.

Thông Tin Quan Trọng về Quyền Lợi dành cho Hội Viên mắc Một Số Bệnh Trạng Mãn Tính – Chỉ dành cho Hội Viên ở Miền Nam California

- Nếu quý vị mắc bất kỳ bệnh trạng bệnh mãn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mãn tính:
    - Rối loạn mãn tính do sử dụng bia rượu và các rối loạn khác do sử dụng chất gây nghiện (substance use disorder, SUD)
    - Rối loạn tự miễn:
        - Viêm nút quanh động mạch
        - Viêm đa cơ dạng thấp
        - Viêm đa cơ
        - Viêm bì cơ
        - Bệnh viêm khớp dạng thấp
        - Bệnh lupus ban đỏ hệ thống
        - Bệnh viêm khớp vảy nến
        - Xơ cứng bì
    - Ung thư
    - Rối loạn tim mạch:
        - Loạn nhịp tim
        - Bệnh động mạch vành
        - Bệnh động mạch ngoại biên
        - Bệnh van tim
    - Suy tim mãn tính
    - Chứng mất trí
    - Bệnh tiểu đường
    - Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa
    - Bệnh đường tiêu hóa mãn tính:
        - Bệnh gan mãn tính
        - Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
        - Viêm gan B
        - Bệnh viêm gan C
        - Viêm tuyến tuỵ
        - Hội chứng ruột kích thích
        - Bệnh viêm ruột

- Bệnh thận mãn tính (Chronic kidney disease, CKD):
  - CKD cần thẩm tách/Bệnh thận giai đoạn cuối (End-stage renal disease, ESRD)
  - CKD không cần thẩm tách
- Rối loạn huyết học nghiêm trọng:
  - Bệnh thiếu máu bất sản
  - Bệnh máu khó đông
  - Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch
  - Hội chứng rối loạn sinh tủy
  - Bệnh hồng cầu hình liềm (không bao gồm thể mang gen hồng cầu hình liềm)
  - Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mãn tính
- HIV/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS)
- Rối loạn phổi mãn tính:
  - Hen suyễn, viêm phế quản mãn tính
  - Bệnh xơ nang
  - Bệnh khí thũng
  - Xơ phổi
  - Tăng áp phổi
  - Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)
- Rối loạn sức khỏe tinh thần mãn tính và gây khuyết tật:
  - Rối loạn lưỡng cực
  - Rối loạn trầm cảm nặng
  - Rối loạn nhân cách hoang tưởng
  - Bệnh tâm thần phân liệt
  - Rối loạn phân liệt cảm xúc
  - Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (Post-traumatic stress disorder, PTSD)
  - Rối loạn ăn uống
  - Rối loạn lo âu
- Rối loạn thần kinh:
  - Xơ cứng teo cơ một bên (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
  - Động kinh
  - Bại liệt diện rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chân, liệt một chi)
  - Bệnh Huntington
  - Bệnh đa xơ cứng
  - Bệnh Parkinson
  - Bệnh đa dây thần kinh
  - Chứng đau cơ xơ hóa
  - Hội chứng mệt mỏi mãn tính
  - Chấn thương tủy sống
  - Hẹp ống sống
  - Thiếu hụt thần kinh liên quan đến đột quỵ
- Đột quỵ
- Chăm sóc sau ghép tạng
- Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch

- Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức:
  - Bệnh Alzheimer
  - Khuyết tật trí tuệ và khuyết tật phát triển
  - Chấn thương sọ não
  - Bệnh tâm thần gây khuyết tật kèm theo suy giảm nhận thức
  - Suy giảm nhận thức nhẹ
- Các tình trạng gây khó khăn về chức năng và đòi hỏi các dịch vụ hỗ trợ tương tự:
  - Chấn thương tủy sống
  - Bại liệt
  - Mất chi
  - Đột quỵ
  - Bệnh viêm khớp
- Các bệnh trạng mãn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác
- Các tình trạng đòi hỏi dịch vụ trị liệu liên tục để cá nhân duy trì hoặc giữ khả năng hoạt động
- Để đủ tiêu chuẩn nhận các Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), quý vị phải đáp ứng **tất cả** các tiêu chí sau:
  - Mắc một hoặc nhiều bệnh trạng mãn tính kèm theo và phức tạp về mặt y tế như đã nêu bên trên, gây nguy hiểm đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hay khả năng hoạt động tổng thể của quý vị, *và*
  - Có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc gặp các hậu quả nghiêm trọng khác về sức khỏe, *và*
  - Cần có sự điều phối chăm sóc đặc biệt

  Để biết thêm thông tin về các chính sách và tiêu chí khách quan của Kaiser Permanente đối với chương trình SSBCI, vui lòng truy cập trang mạng của chúng tôi tại kp.org/Medicare/SSBCI
- Quý vị không cần thực hiện bất kỳ hành động gì. Để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị, chương trình sẽ xem xét lịch sử yêu cầu thanh toán chi phí y tế và hồ sơ sức khỏe của quý vị để xác minh chẩn đoán về (các) bệnh trạng mãn tính đủ điều kiện, nguy cơ cao phải nhập viện và nhu cầu điều phối chăm sóc đặc biệt.
- Trong một số trường hợp nhất định, khi không có đủ lịch sử yêu cầu thanh toán chi phí y tế hoặc hồ sơ sức khỏe để xác định tình trạng hội đủ điều kiện hưởng SSBCI (chẳng hạn như khi quý vị mới tham gia Kaiser Permanente), nhà cung cấp có thể xác nhận điều kiện của quý vị bằng cách điền và nộp Mẫu Chứng Thực của Nhà Cung Cấp. Mẫu Chứng Thực của Nhà Cung Cấp chỉ được sử dụng để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện hưởng SSBCI *sơ bộ* cho thời kỳ hưởng quyền lợi ban đầu là sáu tháng. Việc nộp biểu mẫu này không đảm bảo quý vị sẽ đủ điều kiện hưởng SSBCI. Khi kết thúc thời hạn sơ bộ này, để xác định xem quý vị có tiếp tục đủ điều kiện hưởng quyền lợi hay không, chương trình phải xác minh bằng cách xem xét lịch sử yêu cầu thanh toán chi phí y tế và hồ sơ sức khỏe của quý vị.

  - Để biết thêm chi tiết, vui lòng xem hàng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính trong Bảng Quyền Lợi dưới đây.
  - Vui lòng liên hệ với chúng tôi để biết chính xác những quyền lợi nào quý vị đủ điều kiện hưởng.
- Tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quả táo này 🍎 thể hiện các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền Lợi.

Bảng Quyền Lợi dưới đây mô tả quyền lợi y tế của các chương trình Kaiser Permanente Dual Complete sau đây có trong *Cẩm Nang Hội Viên* này:

- Chương trình South P1
- Chương trình South P6
- Chương trình South P7
- Chương trình South P9
- Chương trình South P10
- Chương trình South P11
- Chương trình North P2
- Chương trình North P16
- Chương trình North P17
- Chương trình North P18
- Chương trình North P19
- Chương trình North P20
- Chương trình North P21
- Chương trình North P22
- Chương trình North P23
- Chương trình North P24
- Chương trình North P25

Nếu quý vị không chắc mình đã ghi danh tham gia chương trình nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc tham khảo trang bìa của *Thông Báo Hàng Năm về Thay Đổi* (hoặc đối với hội viên mới, hãy tham khảo biểu mẫu ghi danh hoặc thư xác nhận ghi danh của quý vị).

Lưu ý: Vui lòng tham khảo **Chương 1** để biết khu vực phục vụ địa lý của từng chương trình có trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Đối với mục đích chia sẻ chi phí, ghi danh và rút tên ghi danh, có nhiều chương trình Dual Complete trong khu vực phục vụ thuộc Vùng của chúng tôi, được mô tả trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Nhưng đối với mục đích nhận các dịch vụ được đài thọ, quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới ở bất kỳ đâu trong khu vực phục vụ thuộc Vùng của quý vị.

D. Bảng Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Kiểm tra sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng Chúng tôi chi trả cho một lần siêu âm kiểm tra sàng lọc cho những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ cho dịch vụ kiểm tra sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị được bác sĩ, y sĩ (physician assistant, PA), chuyên viên điều dưỡng (nurse practitioner, NP) hoặc chuyên viên y tá lâm sàng (clinical nurse specialist, CNS) của quý vị giới thiệu tới dịch vụ kiểm tra sàng lọc.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Châm cứu† Chúng tôi thanh toán cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong bất kỳ tháng dương lịch nào hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng thanh toán cho tối đa 12 lần khám châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mãn tính, được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không đặc hiệu (không xác định được nguyên nhân toàn thân, như không liên quan đến bệnh di căn, bệnh viêm hoặc bệnh lây nhiễm); • không liên quan đến phẫu thuật; • không liên quan đến thai kỳ. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Châm cứu† (tiếp theo) Ngoài ra, chúng tôi thanh toán thêm tám buổi châm cứu chữa đau thắt lưng mãn tính nếu quý vị thấy cải thiện. Quý vị không được thực hiện quá 20 lần điều trị bằng châm cứu đối với chứng đau thắt lưng mãn tính mỗi năm. Phải dừng điều trị bằng châm cứu nếu quý vị không thuyên giảm hoặc nếu tình trạng trở nên tệ hơn. Yêu Cầu đối với Nhà Cung Cấp: Bác sĩ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Y sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên viên y tá lâm sàng (CNS) và nhân viên phụ tá có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y của một trường được Ủy Ban Chứng Nhận về Châm Cứu và Y Học Thảo Dược (Accreditation Commission for Acupuncture and Herbal Medicine) công nhận; và, • giấy phép hành nghề châm cứu hiện hành, đầy đủ, còn hiệu lực và không bị hạn chế tại tiểu bang nơi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Nhân viên phụ tá thực hiện châm cứu phải được bác sĩ, PA hoặc NP/CNS giám sát ở mức độ phù hợp theo quy định của chúng tôi. Chúng tôi cũng đài thọ cho các dịch vụ châm cứu không được Medicare đài thọ mà theo đó thường chỉ được cung cấp để điều trị chứng buồn nôn hoặc là một phần trong chương trình quản lý cơn đau toàn diện để điều trị chứng đau mãn tính.	

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Quý vị cũng có thể sử dụng dịch vụ châm cứu trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của mình. Trong phạm vi Medi-Cal, chúng tôi đài thọ các dịch vụ châm cứu cần thiết về mặt y tế để ngăn ngừa, điều chỉnh hoặc làm giảm bớt cảm nhận về cơn đau mãn tính nặng, dai dẳng do mắc một tình trạng y tế được công nhận rộng rãi. Dịch vụ châm cứu ngoại trú Medi-Cal không yêu cầu phải được giới thiệu hoặc chấp thuận trước. Các dịch vụ châm cứu sẽ được đài thọ khi quý vị sử dụng chúng thông qua các Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới của chúng tôi hoặc các nhà cung cấp trong mạng lưới Sức Khỏe Chuyên Khoa Hoa Kỳ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ châm cứu được Medi-Cal đài thọ, vui lòng gọi cho American Specialty Health theo số 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0
	Kiểm tra sàng lọc và tư vấn về tình trạng lạm dụng rượu bia Chúng tôi chi trả cho dịch vụ kiểm tra sàng lọc tình trạng lạm dụng bia rượu (Kiểm Tra Sàng Lọc, Đánh Giá, Can Thiệp Nhanh và Giới Thiệu Nơi Điều Trị (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT)) dành cho người lớn lạm dụng bia rượu nhưng không phụ thuộc vào bia rượu. Đối tượng này bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu kết quả kiểm tra sàng lọc của quý vị là dương tính với lạm dụng bia rượu, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị còn đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) với nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) đủ tiêu chuẩn hoặc chuyên viên y tế trong cơ sở chăm sóc chính.	$0
	Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, cho dù dành cho trường hợp cấp cứu hay không cấp cứu, đều bao gồm phương tiện di chuyển đường bộ và đường hàng không (máy bay và trực thăng). Xe cứu thương sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi chuyến đi một chiều, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$620** • South P6 – **$630**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ xe cứu thương (tiếp theo) Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến nỗi nếu để quý vị đến nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc bằng những cách thức khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Dịch vụ xe cứu thương cho các trường hợp khác (không cấp cứu) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong những trường hợp không phải trường hợp cấp cứu, chúng tôi có thể trả tiền cho xe cứu thương. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà nếu để quý vị đến nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc bằng những cách thức khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Vui lòng tham khảo Chương 3 để biết thêm thông tin về dịch vụ chuyên chở trong trường hợp không cấp cứu. Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ xe cứu thương được cấp phép ở bất kỳ nơi nào trên thế giới mà không cần có sự cho phép trước (bao gồm cả dịch vụ chuyên chở qua hệ thống ứng phó khẩn cấp 911 nếu có) nếu quý vị tin tưởng một cách hợp lý rằng quý vị gặp tình trạng y tế cấp cứu và quý vị tin tưởng một cách hợp lý rằng tình trạng của quý vị cần được hỗ trợ lâm sàng qua dịch vụ chuyên chở bằng xe cứu thương.	• South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • South P2 – **$620** • South P16 – **$630** • North P17 – **$590** • South P18 – **$610** • South P19 – **$630** • South P20 – **$630** • South P21 – **$620** • South P22 – **$620** • South P23 – **$630** • South P24 – **$450** • South P25 – **$630**
	Thăm khám sức khỏe hàng năm Quý vị có thể được kiểm tra sức khỏe hàng năm. Điều này là để lập hoặc cập nhật một kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi chi trả cho dịch vụ này 12 tháng một lần. **Lưu ý:** Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không được diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám Chào mừng quý vị đến với Medicare. Tuy nhiên, quý vị không bắt buộc phải thực hiện lần thăm khám Chào mừng quý vị đến với Medicare mới được thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng. Chúng tôi cũng đài thọ cho các buổi khám sức khỏe định kỳ hàng năm như một hình thức chăm sóc phòng ngừa phù hợp về mặt y tế theo các tiêu chuẩn hành nghề chuyên môn được chấp nhận rộng rãi.	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ phòng ngừa bệnh suyễn Quý vị có thể được giáo dục về bệnh suyễn và được đánh giá môi trường trong nhà để xác định các yếu tố thường gặp có thể làm khởi phát cơn hen, nếu bệnh suyễn của quý vị chưa được kiểm soát tốt.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Đo khối lượng xương Chúng tôi chi trả cho một số quy trình nhất định đối với các hội viên đủ tiêu chuẩn (thường là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương). Những quy trình này xác định khối lượng xương, tìm tình trạng mất xương hoặc tìm hiểu chất lượng xương. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu đó là những dịch vụ cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả để bác sĩ xem xét và đưa ra nhận xét về các kết quả.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • một lần chụp quang tuyến vú ban đầu trong độ tuổi từ 35 đến 39. • một lần chụp quang tuyến vú kiểm tra sàng lọc 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. • các lần khám vú lâm sàng 24 tháng một lần. Ngoài ra, phụ nữ có tiền sử gia đình mắc ung thư vú có thể đủ tiêu chuẩn để được đánh giá rủi ro, xét nghiệm di truyền và cố vấn di truyền.	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ phục hồi chức năng tim Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Các hội viên phải đáp ứng các điều kiện nhất định và có yêu cầu của bác sĩ. Chúng tôi đài thọ cho các chương trình toàn diện này nếu quý vị từng gặp ít nhất một trong các tình trạng sau: • nhồi máu cơ tim trong vòng 12 tháng qua • phẫu thuật bắc cầu động mạch vành • cơn đau thắt ngực ổn định (đau ở lồng ngực) • sửa chữa hoặc thay van tim • thủ thuật nong động mạch vành (thủ thuật y tế giúp mở thông động mạch bị tắc) hoặc đặt stent mạch vành (thủ thuật giúp giữ cho động mạch luôn mở) • ghép tim hoặc ghép tim và phổi • suy tim mãn tính ổn định Giới hạn về phạm vi bảo hiểm: Quý vị có thể tham gia tối đa 36 buổi phục hồi chức năng tim mạch. Quý vị có thể thực hiện hai buổi mỗi ngày (mỗi buổi kéo dài một giờ) và chương trình có thể kéo dài tới 36 tuần. Nếu đủ tiêu chuẩn, quý vị có thể được thêm 36 buổi trị liệu, với lịch trình có thể kéo dài trong một khoảng thời gian dài hơn.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi **lần thăm khám chăm sóc chuyên khoa**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Thăm khám làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch (tim) (trị liệu cho bệnh tim) Chúng tôi chi trả cho một lần thăm khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu là cần thiết về mặt y tế, với nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim của quý vị. Trong thời gian thăm khám, bác sĩ của quý vị có thể: • thảo luận về việc sử dụng aspirin, • kiểm tra huyết áp của quý vị, **và/hoặc** • cung cấp cho quý vị các bí quyết để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.	$0
	Kiểm tra sàng lọc bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi chi trả cho dịch vụ xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch năm năm (60 tháng) một lần. Những xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các bất thường liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tim cao. Chúng tôi cũng chi trả cho dịch vụ xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch nếu bác sĩ chỉ định.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • đối với tất cả phụ nữ: kiểm tra ung thư cổ tử cung và khám vùng xương chậu 24 tháng một lần. • đối với những phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo: kiểm tra ung thư cổ tử cung 12 tháng một lần. • đối với những phụ nữ đã có kết quả kiểm tra ung thư cổ tử cung bất thường trong vòng ba năm qua và đang trong độ tuổi sinh đẻ: kiểm tra ung thư cổ tử cung 12 tháng một lần. • đối với phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc kiểm tra ung thư cổ tử cung cộng với xét nghiệm HPV 5 năm một lần.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chỉnh nắn khớp xương Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • điều chỉnh cột sống để nắn chỉnh thẳng. Dịch vụ được Medicare đài thọ này được cung cấp bởi một chuyên viên nắn khớp xương trong mạng lưới hoặc, đối với các hội viên ở †Miền Bắc California, thì là một chuyên viên nắn khớp xương được nhà cung cấp trong mạng lưới cho phép. Để biết danh sách các chuyên viên nắn khớp xương trong mạng lưới, vui lòng tham khảo *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*. • Medi-Cal có thể sẽ đài thọ cho các dịch vụ nắn khớp xương được thực hiện tại Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang (Federally Qualified Health Center, FQHC) hoặc Phòng Khám Y Tế Nông Thôn (Rural Health Clinic, RHC) trong mạng lưới của Kaiser Permanente. Các FQHC và RHC có thể yêu cầu giấy giới thiệu để nhận dịch vụ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ được cung cấp tại FQHC hoặc RHC, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. • Medi-Cal cũng có thể đài thọ dịch vụ nắn khớp xương cho các hội viên đang mang thai trong vòng 60 ngày sau khi kết thúc thai kỳ và cho những người nằm tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở chăm sóc trung gian hoặc cơ sở chăm sóc bán cấp tính. Chúng tôi hợp tác với American Specialty Health (ASH) để sắp xếp các dịch vụ nắn khớp xương cho những hội viên này. Quý vị có thể liên hệ với ASH theo số 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0
	Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • Thủ thuật nội soi kết tràng không giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được đài thọ 120 tháng (mười 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 thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc trước đó. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng (tiếp theo) • Dịch vụ chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng được đài thọ khi đã trôi qua ít nhất 59 tháng kể từ tháng thực hiện chụp cắt lớp vi tính đại tràng kiểm tra sàng lọc lần cuối hoặc khi đã trôi qua 47 tháng kể từ tháng thực hiện nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo kiểm tra sàng lọc lần cuối hoặc thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc lần cuối. Đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, chương trình có thể thanh toán cho dịch vụ chụp cắt lớp vi tính đại tràng kiểm tra sàng lọc được thực hiện sau ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện chụp cắt lớp vi tính đại tràng kiểm tra sàng lọc lần cuối hoặc thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc lần cuối. • Nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng lần cuối. • Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân kiểm tra sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. • DNA trong phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Ba năm một lần. • Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu đối với những bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Ba năm một lần. • 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. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng (tiếp theo) • Các kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo theo kế hoạch hoặc nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc bao gồm thủ thuật loại bỏ các mô hoặc vật chất khác, hoặc thủ thuật khác được thực hiện liên quan đến, do và trong cùng một lần khám bệnh lâm sàng như ở kiểm tra sàng lọc. • Các thủ thuật được thực hiện trong quá trình nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc ung thư (ví dụ: cắt bỏ các bướu thịt). • Soi đại tràng sau khi xét nghiệm gFOBT hoặc FIT dương tính hoặc kiểm tra sàng lọc nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo.	
	Dịch vụ nha khoa† Chúng tôi chi trả cho một số dịch vụ nha khoa, như được nêu dưới đây. Những dịch vụ chúng tôi không đài thọ nhưng được Medi-Cal Dental cung cấp được mô tả trong **Phần F2** bên dưới. Chúng tôi thanh toán một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị cụ thể cho bệnh trạng chính của một người. Ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau khi gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi cấy/ghép bộ phận cơ thể. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi **lần thăm khám chăm sóc chuyên khoa**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ nha khoa† (tiếp theo)	• North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Kiểm tra sàng lọc trầm cảm Chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Dịch vụ kiểm tra sàng lọc phải được thực hiện trong cơ sở chăm sóc chính có thể điều trị theo dõi và/hoặc giới thiệu.	$0
	Kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi chi trả dịch vụ 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 nồng độ cholesterol và triglycerid bất thường (rối loạn lipid máu) • chứng béo phì • tiền sử có đường huyết cao (glucose) Chúng tôi có thể đài thọ dịch vụ xét nghiệm trong một số trường hợp khác, như nếu quý vị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn 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.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả

	Chương trình đào tạo, dịch vụ và vật tư để tự quản lý bệnh tiểu đường†
	
	Chúng tôi thanh toán các dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (cho dù họ có sử dụng insulin hay không):
	
	• Vật tư để theo dõi lượng đường trong máu quý vị, bao gồm:
	  ○ máy theo dõi đường trong máu
	  ○ que thử đường trong máu
	  ○ bút thử máu và lưỡi chích
	  ○ dung dịch kiểm chuẩn glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi.
		$0

	• Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh bàn chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ chi trả các mục sau: ○ một đôi giày trị liệu được làm theo khuôn riêng (bao gồm miếng lót), kể cả dịch vụ đo và chỉnh giày, cùng với hai đôi miếng lót bổ sung mỗi năm dương lịch; hoặc một đôi giày có lòng giày sâu, kể cả dịch vụ đo và chỉnh giày, cùng với ba đôi miếng lót mỗi năm (không bao gồm miếng lót tháo rời không được thiết kế riêng đi kèm với loại giày này). **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán **tiền đồng bảo hiểm** sau tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chương trình đào tạo, dịch vụ và vật tư để tự quản lý bệnh tiểu đường† (tiếp theo)	• North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**
	• Trong một số trường hợp, chúng tôi chi trả dịch vụ đào tạo để giúp quý vị quản lý bệnh tiểu đường. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. **Lưu ý:** Quý vị có thể chọn nhận dịch vụ đào tạo về tự quản lý bệnh tiểu đường từ một chương trình nằm ngoài chương trình của chúng tôi, được Hiệp Hội Tiểu Đường Hoa Kỳ công nhận và được Medicare chấp thuận.	$0
	Dịch vụ trợ lý hộ sinh Đối với những cá nhân đang mang thai, chúng tôi sẽ chi trả cho chín lần khám với trợ lý hộ sinh trong thời kỳ tiền sản và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh con. Những cá nhân này có thể được hưởng thêm tối đa chín lần thăm khám hậu sản nếu có thêm văn bản giới thiệu của bác sĩ hoặc chuyên viên y tế được cấp phép khác.	$0
	Thiết bị y khoa lâu bền (DME) và các vật tư liên quan† Vui lòng tham khảo **Chương 12** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết định nghĩa về “Thiết bị y khoa lâu bền (DME)”. Chúng tôi đài thọ các vật dụng sau: • xe lăn, bao gồm cả xe lăn điện • nạng chống • hệ thống nệm điện • tấm lót giảm áp khô dành cho nệm • vật tư dành cho bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường • giường bệnh do nhà cung cấp chỉ định để sử dụng trong gia đình • bơm truyền tĩnh mạch (IV) và cây truyền • thiết bị tạo giọng nói **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0. **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán **tiền đồng bảo hiểm** sau tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia, ngoại trừ quý vị thanh toán $0 cho máy đo lưu lượng đỉnh và thiết bị trị liệu bằng tia cực tím: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Thiết bị y khoa lâu bền (DME) và các vật tư liên quan† (tiếp theo) • thiết bị và vật tư cung cấp ô-xy • máy phun khí dung • khung tập đi • gậy có tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế • trị liệu kéo giãn cột sống cổ (treo trên cửa) • máy kích thích liền xương • thiết bị chăm sóc bệnh nhân thẩm tách Các vật dụng khác có thể được đài thọ. Chúng tôi chi trả cho tất cả các DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường chi trả. Nếu đơn vị cung ứng của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có sản phẩm thương hiệu hoặc sản phẩm của nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ xem họ có thể đặt hàng riêng cho quý vị không. Danh sách các đơn vị cung ứng mới nhất có trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ kp.org/directory. Chúng tôi cũng đài thọ DME sau đây không được Medicare đài thọ khi cần thiết về mặt y tế: • phụ kiện giường cho giường bệnh khi cần mở rộng giường • bộ bảo vệ gót chân hoặc khuỷu tay để ngăn chặn hoặc giảm thiểu nhu cầu sử dụng thiết bị giảm áp tiên tiến • thiết bị điện di ion để điều trị chứng tăng tiết mồ hôi khi không thể sử dụng thuốc chống tiết mồ hôi và tình trạng tăng tiết mồ hôi đã gây ra biến chứng y khoa (ví dụ: nhiễm trùng da) hoặc cản trở các hoạt động sinh hoạt hàng ngày • bóng bóp cho bệnh nhân mở thông khí quản có nhiều dịch tiết, cần thực hiện kỹ thuật bơm rửa và hút đờm kết hợp với thông khí sâu bằng bóng bóp **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	• North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **Thiết bị ô-xy** **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, phần chia sẻ chi phí cho thiết bị ô-xy được Medicare bảo hiểm sẽ bằng đúng số tiền nêu trên mỗi khi quý vị nhận thiết bị. Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi ghi danh được 36 tháng.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Thiết bị y khoa lâu bền (DME) và các vật tư liên quan† (tiếp theo) • thiết bị trị liệu bằng tia cực tím cho các tình trạng không phải bệnh vảy nến cần thiết về mặt y tế, bao gồm thiết bị trị liệu bằng tia cực tím để sử dụng tại nhà, nếu (1) quý vị đã được chấp thuận sử dụng thiết bị thông qua quy trình cho phép trước của chương trình chúng tôi, như được mô tả trong **Chương 3** và (2) thiết bị được cung cấp trong khu vực phục vụ của chúng tôi. (Phạm vi bảo hiểm cho thiết bị trị liệu bằng tia cực tím sẽ được giới hạn ở hạng mục tiêu chuẩn đáp ứng đầy đủ nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi quyết định thuê hoặc mua thiết bị và chúng tôi chọn nhà cung cấp. Quý vị phải trả lại thiết bị cho chúng tôi hoặc trả cho chúng tôi theo giá thị trường hợp lý của thiết bị khi chúng tôi không còn đài thọ thiết bị đó nữa.)	
	Dịch vụ chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ: • được cung cấp bởi nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, • cần thiết để đánh giá hoặc điều trị trường hợp cấp cứu y tế. Tình trạng khẩn cấp y tế là một căn bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hay một bệnh trạng đang chuyển biến xấu nhanh chóng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, thì bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa có thể dự đoán được hậu quả: • nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi; **hoặc** • tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng của cơ thể; **hoặc** • rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ bộ phận cơ thể nào; **hoặc** **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi lần thăm khám tại Khoa Cấp Cứu, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chăm sóc cấp cứu (tiếp theo) • mất chi hoặc mất chức năng của chi. • Trong trường hợp quý vị mang thai đang chuyển dạ, thì tình trạng cấp cứu là khi: o Không đủ thời gian để chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh. o Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi. **Quý vị có khoản đài thọ chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới.**	• North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** 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. †Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại bệnh viện ngoài hệ thống và cần dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải trở lại bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được đài thọ hoặc quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình của chúng tôi cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật pháp cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp nào – dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới Medi-Cal – để nhận một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng làm về kế hoạch hóa gia đình nào. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp theo) Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • khám sức khỏe và điều trị y tế liên quan đến kế hoạch hóa gia đình • xét nghiệm trong phòng xét nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán liên quan đến kế hoạch hóa gia đình • phương pháp kế hoạch hóa gia đình (biện pháp ngừa thai trong tử cung [intrauterine contraceptive, IUC]/dụng cụ đặt tử cung [intrauterine Device, IUD], que cấy, thuốc tiêm, thuốc ngừa thai, miếng dán hoặc vòng) • vật tư kế hoạch hóa gia đình theo toa (bao cao su, miếng xốp tránh thai, bọt tránh thai, phim, màng ngừa thai, mũ chụp cổ tử cung) • các dịch vụ sinh sản có giới hạn như cố vấn và giáo dục các kỹ thuật nâng cao nhận thức về khả năng sinh sản và/hoặc cố vấn về sức khỏe trước khi thụ thai, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infections, STI). • tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, cũng như các tình trạng khác liên quan đến HIV • ngừa thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký đơn đồng ý triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật) • cố vấn di truyền Chúng tôi cũng chi trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi cho các dịch vụ sau: • điều trị bệnh trạng liên quan đến vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm phương pháp mang thai nhân tạo) • điều trị AIDS và các tình trạng khác liên quan đến HIV • xét nghiệm di truyền	

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Quyền lợi tập thể hình (One Pass®) 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 nhất. Chương trình One Pass bao gồm: • Phòng Tập Thể Dục và Địa Điểm Tập Thể Hình: Quý vị được cấp thẻ thành viên để sử dụng nhiều phòng tập thể dục trong mạng lưới thông qua mạng lưới cơ bản và mạng lưới cao cấp. Các địa điểm tập thể hình bao gồm trung tâm thể hình 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 lưới, đồng thời quý vị cũng có thể sử dụng nhiều địa điểm tập thuộc mạng lưới trong cùng một tháng. Các phòng tập thể dục và trung tâm thể hình tham gia có thể khác nhau tùy theo địa điểm và có thể thay đổi. • Tập Thể Hình Trực Tuyến: Quý vị có quyền truy cập vào các lớp tập thể hình kỹ thuật số phát 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 muốn tập tại nhà, quý vị cũng có thể chọn một bộ dụng cụ tập thể hình tại nhà mỗi năm dương 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 nâng cao nhận thức về sức khỏe não bộ trực tuyến. Để biết thêm thông tin về các phòng tập thể dục và địa điểm tập thể hình tham gia, quyền lợi của chương trình hoặc để lập tài khoản trực tuyến, vui lòng truy cập www.YourOnePass.com hoặc gọi đến số 1-877-614-0618 (TTY 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 6 giờ sáng đến 7 giờ tối. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Quyền lợi tập thể hình (One Pass®) (tiếp theo) Dưới đây là những dịch vụ 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, số giờ sử dụng thêm hoặc các lớp bổ sung ngoài gói hội viên tiêu chuẩn). One Pass® là nhãn hiệu đã đăng ký của One Pass Solutions, 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 đi kèm sẽ 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 chứ 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.	
	Chương trình giáo dục về sức khỏe thể chất và tinh thần Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào các tình trạng sức khỏe nhất định. Các chương trình này bao gồm: • lớp giáo dục về sức khỏe; • lớp giáo dục về dinh dưỡng; • cai hút thuốc lá và sử dụng thuốc lá; **và** • đường dây nóng về điều dưỡng Thuộc các Chương Trình Lối Sống Lành Mạnh, chương trình của chúng tôi đài thọ một số lớp giáo dục về sức khỏe theo nhóm bao gồm: trái tim khỏe mạnh, sống với bệnh trạng mãn tính và chứng trầm cảm. Các Chương Trình Lối Sống Lành Mạnh được cung cấp bởi một nhà giáo dục về sức khỏe được chứng nhận hay bởi một chuyên gia khác về sức khỏe đủ trình độ. Chúng tôi đài thọ cho nhiều loại tư vấn, chương trình và tài liệu giáo dục về sức khỏe để giúp quý vị chủ động bảo vệ và cải thiện sức khỏe của mình, bao gồm các chương trình dành cho bệnh trạng mãn tính (như bệnh tiểu đường và bệnh suyễn). Quý vị cũng có thể tham gia trong các chương trình mà chúng tôi không đài thọ, yêu cầu quý vị nộp lệ phí. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chương trình giáo dục về sức khỏe thể chất và tinh thần (tiếp theo) Để biết thêm thông tin về tư vấn, chương trình và tài liệu giáo dục về sức khỏe của chúng tôi, vui lòng liên lạc với Phòng Giáo Dục Về Sức Khỏe địa phương của quý vị, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi tại kp.org/classes.	
	Dịch vụ trợ thính (bao gồm dụng cụ trợ thính) Chúng tôi chi trả cho các bài kiểm tra thính lực và thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Những xét nghiệm này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không. Khi do bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác thực hiện, các xét nghiệm này được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc bệnh nhân ngoại trú. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi **lần thăm khám chăm sóc chuyên khoa**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ trợ thính (bao gồm dụng cụ trợ thính) (tiếp theo) Chúng tôi cũng thanh toán cho dụng cụ trợ thính nếu: • Quý vị đã xét nghiệm về tình trạng mất thính giác. • Dụng cụ trợ thính là cần thiết về mặt y tế. • Quý vị nhận được toa thuốc từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác. Phạm vi bảo hiểm được giới hạn đối với những dụng cụ trợ thính có chi phí thấp nhất nhưng vẫn đáp ứng được nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ chọn nhà cung cấp dụng cụ trợ thính. Chúng tôi đài thọ cho một dụng cụ trợ thính trừ khi mỗi bên tai đều cần một dụng cụ để có kết quả nghe rõ hơn đáng kể so với việc quý vị chỉ được cấp một dụng cụ trợ thính. Chúng tôi đài thọ như sau: • khuôn, vật tư và miếng lót • sửa chữa • một bộ pin ban đầu • sáu lần thăm khám để được đào tạo, điều chỉnh và lắp với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị nhận được dụng cụ trợ thính • thời gian dùng thử khi thuê máy trợ thính • thiết bị hỗ trợ nghe, thiết bị trợ thính dẫn truyền qua xương đeo bên ngoài • dịch vụ thính học liên quan đến dụng cụ trợ thính và dịch vụ đánh giá sau khi sử dụng Chúng tôi sẽ đài thọ dụng cụ trợ thính thay thế nếu: • Tình trạng mất thính lực của quý vị nghiêm trọng hơn mức mà dụng cụ trợ thính hiện tại của quý vị có thể điều chỉnh. • Dụng cụ trợ thính của quý vị bị thất lạc, bị mất cắp hoặc hư hỏng (không sửa được) mà không phải do lỗi của quý vị. Quý vị phải gửi cho chúng tôi một ghi chú mô tả tình hình. Phạm vi bảo hiểm không bao gồm pin thay thế cho dụng cụ trợ thính.	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Kiểm tra sàng lọc HIV Chúng tôi chi trả cho một buổi khám kiểm tra sàng lọc HIV 12 tháng một lần cho những người: • yêu cầu kiểm tra sàng lọc HIV, **hoặc** • có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi chi trả cho tối đa ba lần kiểm tra sàng lọc HIV trong một lần mang thai. Chúng tôi cũng chi trả cho (các) kiểm tra sàng lọc HIV bổ sung khi nhà cung cấp của quý vị đề nghị.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần những dịch vụ đó và những dịch vụ đó phải do một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp. Quý vị phải bị hạn chế ra khỏi nhà, nghĩa là muốn ra khỏi nhà là một nỗ lực lớn. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • dịch vụ hộ lý chăm sóc tại gia và điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc theo đợt (để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại gia, tổng thời lượng dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và hộ lý chăm sóc tại gia của quý vị phải ít hơn tám giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ • dịch vụ y tế xã hội • thiết bị và vật tư y khoa	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Lưu ý:** Không có phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia và các hạng mục được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare. Tuy nhiên, phần chia sẻ chi phí hiện hành được liệt kê ở những nơi khác trong Bảng Quyền Lợi này sẽ được áp dụng nếu hạng mục được 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.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Liệu pháp truyền dịch tại gia† Chương trình của chúng tôi thanh toán cho liệu pháp truyền dịch tại gia, liệu pháp này được định nghĩa là thuốc hoặc chất sinh học được tiêm vào tĩnh mạch hoặc bôi dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Cần có những mục sau đây để thực hiện truyền dịch tại nhà: • thuốc hoặc chất sinh học, như thuốc kháng vi-rút hoặc globulin miễn dịch; • thiết bị, như bơm; **và** • vật tư, chẳng hạn như ống hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ truyền dịch tại gia bao gồm nhưng không giới hạn ở: • dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo chương trình chăm sóc của quý vị; • dịch vụ đào tạo và giáo dục hội viên chưa được bao gồm trong quyền lợi DME; • giám sát từ xa; **và** • các dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp truyền dịch tại gia và thuốc tiêm truyền tại gia do đơn vị cung ứng liệu pháp tiêm truyền tại gia đủ tiêu chuẩn cung cấp	$0 cho các dịch vụ chuyên môn, đào tạo và giám sát. **Lưu ý:** Các thành phần (như thuốc Medicare Phần B, DME và nguồn tiếp liệu y tế) cần thiết để thực hiện truyền dịch tại gia có thể phải chịu phần chia sẻ chi phí áp dụng được liệt kê ở phần khác trong Bảng Quyền Lợi này tùy thuộc vào hạng mục.
	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: • Thuốc theo toa của quý vị có trong danh mục thuốc Medicare Phần D của chúng tôi; • Chúng tôi đã chấp thuận thuốc theo toa của quý vị cho liệu pháp truyền dịch tại gia; và • Thuốc theo toa của quý vị được kê toa bởi một nhà cung cấp trong mạng lưới và được mua tại một nhà thuốc cung cấp vật liệu truyền thuốc tại nhà trong mạng lưới.	$0 **Lưu ý:** Nếu vật tư hoặc thuốc truyền tại gia được đài thọ không được mua từ nhà thuốc cung cấp thuốc truyền tại gia trong mạng lưới, vật tư hoặc thuốc đó có thể phải chịu phần chia sẻ chi phí hiện hành được liệt kê ở phần khác trong tài liệu này tùy thuộc vào dịch vụ.

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ chăm sóc y tế tại gia không được Medicare đài thọ cho hội viên North P16, P17, P19 và P23 (Chăm Sóc Chuyên Sâu Tại Gia) Chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà của quý vị mà Medicare không đài thọ khi bác sĩ nhận thấy phù hợp về mặt y tế dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, nhằm cung cấp cho quý vị một lựa chọn thay thế cho việc nhận dịch vụ chăm sóc cấp tính tại bệnh viện và các dịch vụ chăm sóc sau cấp tính tại gia để hỗ trợ quý vị phục hồi. Các dịch vụ tại nhà phải: • Được chỉ định bởi bác sĩ y học bệnh viện trong mạng lưới đã xác định rằng quý vị có thể được điều trị an toàn và hiệu quả tại gia dựa trên tình trạng sức khỏe, kế hoạch điều trị và môi trường tại nhà của quý vị. • Được quý vị chọn vì quý vị muốn nhận được dịch vụ chăm sóc theo mô tả trong kế hoạch điều trị tại nhà của mình. Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ và vật dụng sau tại nhà của quý vị theo kế hoạch điều trị của quý vị miễn là chúng được bác sĩ y học bệnh viện trong mạng lưới chỉ định: • Những lần thăm khám tại nhà của y tá đã đăng ký (registered nurse, RN), chuyên gia vật lý trị liệu, chuyên gia trị liệu vận động, chuyên gia trị liệu ngôn ngữ, chuyên gia trị liệu hô hấp, chuyên gia dinh dưỡng, hộ lý chăm sóc tại gia và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác theo kế hoạch điều trị chăm sóc tại gia cũng như phạm vi hành nghề và giấy phép của nhà cung cấp. • Thiết bị liên lạc cho phép quý vị liên hệ với trung tâm chỉ huy của chương trình Chăm Sóc Chuyên Sâu tại Gia 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Thiết bị này bao gồm công nghệ liên lạc cần thiết để hỗ trợ liên lạc an toàn và một thiết bị báo động Hệ Thống Ứng Phó Khẩn Cấp Cá Nhân (Personal Emergency Response System, PERS) để liên hệ với trung tâm chỉ huy này nếu quý vị không thể tiếp cận điện thoại. • Các thiết bị cần thiết sau đây để đảm bảo quý vị được theo dõi đúng cách tại nhà: máy đo/vòng bít đo huyết áp, máy đo oxy trong máu, cân và nhiệt kế. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **North P16, P17, P19 và P23:** $0 **Không đài thọ cho tất cả các hội viên khác.**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chăm sóc y tế tại gia không được Medicare đài thọ cho hội viên North P16, P17, P19 và P23 (Chăm Sóc Chuyên Sâu Tại Gia) (tiếp theo) • Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm lưu động như chụp X-quang, xét nghiệm và điện tâm đồ (electrocardiogram, EKG). • Các vật dụng hỗ trợ an toàn sau đây: ghế tắm, ghế nâng bồn cầu, dụng cụ gắp, dụng cụ xỏ giày cán dài và dụng cụ hỗ trợ mang vớ. • Tối đa 21 bữa ăn mỗi tuần trong thời gian quý vị được chăm sóc cấp tính tại nhà.	
	Ngoài ra, đối với các dịch vụ và vật dụng được Medicare đài thọ dưới đây, phần chia sẻ chi phí được nêu ở phần khác trong Bảng Quyền Lợi Y Tế này sẽ không áp dụng khi các dịch vụ và vật dụng đó được chỉ định như một phần trong kế hoạch điều trị tại gia của quý vị: • Thiết bị y khoa lâu bền. • Nguồn tiếp liệu y tế. • Dịch vụ chuyên chở trong trường hợp không cấp cứu bằng xe cứu thương đến và từ các cơ sở trong mạng lưới khi dịch vụ chuyên chở bằng xe cứu thương theo lịch trình là cần thiết về mặt y tế. • Dịch vụ bác sĩ đến chăm sóc sức khỏe tại gia hoặc thăm khám tại phòng khám do trợ lý bác sĩ và chuyên viên điều dưỡng thực hiện. • Các dịch vụ sau đây tại cơ sở trong mạng lưới nếu các dịch vụ đó là một phần trong kế hoạch điều trị tại gia của quý vị: ○ Thăm khám tại Khoa Cấp Cứu Trong Mạng Lưới liên quan đến quyền lợi này. ○ Thăm khám tại văn phòng vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ hoặc trị liệu vận động. ○ dịch vụ chụp X-quang, xét nghiệm, siêu âm và EKG. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	**North P16, P17, P19 và P23:** $0 **Không đài thọ cho tất cả các hội viên khác.**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chăm sóc y tế tại gia không được Medicare đài thọ cho hội viên North P16, P17, P19 và P23 (Chăm Sóc Chuyên Sâu Tại Gia) (tiếp theo) Phần chia sẻ chi phí được nêu ở phần khác trong Bảng Quyền Lợi Y Tế này sẽ áp dụng cho tất cả các dịch vụ và vật dụng khác không nằm trong kế hoạch điều trị tại gia của quý vị (ví dụ: DME không liên quan đến kế hoạch điều trị tại gia của quý vị) hoặc là một phần trong kế hoạch điều trị tại gia của quý vị nhưng không được cung cấp tại nhà quý vị trừ những trường hợp nêu trên. **Lưu ý:** Để biết thông tin về phần chia sẻ chi phí thuốc theo toa, vui lòng tham khảo phần thuốc theo toa Medicare Phần B trong bảng này và Chương 6 về thuốc theo toa Medicare Phần D.	
	Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền chọn cơ sở chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y khoa của cơ sở chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có tiên lượng giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị bị bệnh ở giai đoạn cuối và dự kiến chỉ còn sống được sáu tháng hoặc ít hơn. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực phục vụ của chương trình, bao gồm các chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. Dịch vụ được đài thọ gồm có: • thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau • dịch vụ chăm sóc tạm thế để nghỉ ngơi ngắn hạn • chăm sóc tại gia Khi được tiếp nhận vào chương trình chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

	Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) **Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị thì sẽ được tính hóa đơn cho Medicare:** • Original Medicare (chứ không phải là chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và bất kỳ dịch vụ Phần A hoặc Phần B nào liên quan đến bệnh ở giai đoạn cuối của quý vị. • Trong lúc quý vị tham gia vào chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn tới Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả **Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ:** • Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ. Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ đó cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng bệnh ở giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị chi trả số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình chúng tôi cho những dịch vụ này Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ theo quyền lợi Medicare Phần D: • 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, vui lòng tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) **Lưu ý:** Nếu mắc bệnh nghiêm trọng, quý vị có thể đủ điều kiện sử dụng dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ hoạt động theo nhóm, tập trung lấy bệnh nhân và gia đình làm trung tâm để cải thiện chất lượng cuộc sống của quý vị. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cùng lúc với dịch vụ chăm sóc chữa bệnh/chăm sóc thường xuyên. Vui lòng tham khảo phần Chăm Sóc Giảm Nhẹ bên dưới để biết thêm thông tin **Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải cuối đời, gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị và/hoặc dịch vụ hội viên để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một hội viên bị bệnh nan y không chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.	
	Chủng ngừa Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • vắc-xin bệnh viêm phổi • tiêm phòng cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, cộng thêm các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • vắc-xin viêm gan B nếu quý vị chưa từng tiêm đủ liệu trình, không rõ lịch sử tiêm chủng của mình, hoặc có bất kỳ tình trạng nào khác khiến quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc bệnh viêm gan B • vắc-xin ngừa COVID-19 • vắc-xin siêu vi gây mụn cóc trên con người (HPV) • vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và các vắc-xin này đáp ứng được các quy tắc đài thọ của Medicare Phần B. Chúng tôi sẽ chi trả cho các loại vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần D. Vui lòng tham khảo **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm.	$0

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau và những dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê tại đây: • phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng tư nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm những chế độ ăn uống đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng thông thường • chi phí cho các khu chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như khu chăm sóc đặc biệt hoặc khu chăm sóc đặc biệt cho bệnh nhân tim • các loại thuốc men • xét nghiệm • dịch vụ chụp X-quang và chụp hình quang tuyến khác • nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật cần thiết • trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • dịch vụ phòng phẫu thuật và phục hồi • vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ • dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân nội trú • (†Hội viên ở Miền Bắc California) trong một số trường hợp, các loại cấy/ghép sau: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Các hội viên chương trình ở Miền Bắc California phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận để nhận những dịch vụ này • nếu quý vị cần cấy/ghép, trường hợp của quý vị sẽ được một trung tâm cấy/ghép được Medicare chấp thuận xem xét và quyết định xem quý vị có thực hiện cấy/ghép được hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy/ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực phục vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy/ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Medicare thì quý vị có thể nhận được các dịch vụ cấy/ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả các khoản phí sau đây cho số ngày 1 – 5 của thời gian nằm viện (quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí cho mỗi đợt nằm viện nội trú), tùy thuộc vào chương trình mà quý vị đã ghi danh tham gia: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo) • Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy/ghép ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và quý vị thực hiện cấy/ghép ở đó, chúng tôi sẽ thu xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người khác theo hướng dẫn đi lại và chỗ ở của chúng tôi. Quý vị có thể liên hệ Dịch Vụ Hội Viên để nhận hướng dẫn này • máu, bao gồm cả lưu trữ và truyền máu. • dịch vụ bác sĩ **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết chỉ định 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 mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là "Quý vị là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú của Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Cứ Hỏi!". Để lấy tờ thông tin này, quý vị có thể truy cập es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	Sau đó quý vị trả $0 cho phần còn lại của thời gian nằm viện được đài thọ. Ngoài ra, quý vị không phải trả tiền đồng trả được liệt kê ở trên cho ngày quý vị xuất viện trừ khi quý vị được nhập viện và xuất viện cùng ngày. †Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú được cho phép tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, chi phí của quý vị là phần chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. **Lưu ý:** Nếu quý vị nhập viện vào năm 2027 và không được xuất viện cho đến khoảng năm 2028, phần chia sẻ chi phí năm 2027 sẽ được áp dụng cho lần nhập viện đó cho đến khi quý vị xuất viện hoặc được chuyển đến cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
	Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần có yêu cầu thời gian nằm viện. • Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Viện Bệnh Tâm thần (Institute for Mental Diseases, IMD). **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả các khoản phí sau đây cho số ngày 1 – 5 của thời gian nằm viện (quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí cho mỗi đợt nằm viện nội trú),

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần (tiếp theo)	tùy thuộc vào chương trình mà quý vị đã ghi danh tham gia: • South P1 – **$400** • South P6 – **$400** • South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120** • North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400** • North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** Sau đó quý vị trả **$0** cho phần còn lại của thời gian nằm viện được đài thọ. Ngoài ra, quý vị không phải trả tiền đồng trả được liệt kê ở trên cho ngày quý vị xuất viện trừ khi quý vị được nhập viện và xuất viện cùng ngày. **Lưu ý:** Nếu quý vị nhập viện vào năm 2027 và không được xuất viện cho đến khoảng năm 2028, phần chia sẻ chi phí năm 2027 sẽ được áp dụng cho lần nhập viện đó cho đến khi quý vị xuất viện hoặc được chuyển đến cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả

Thời gian nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ†
 	
Chúng tôi sẽ không chi trả cho thời gian nằm viện nội trú nếu việc đó không hợp lý và không cần thiết về mặt y tế.
 	
Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định mà dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú không được đài thọ, chúng tôi có thể sẽ chi trả cho các dịch vụ mà quý vị sử dụng khi đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.
 	
Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:
 	
• dịch vụ bác sĩ
• kiểm tra chẩn đoán, như xét nghiệm
• liệu pháp chụp X-quang, phóng xạ và chất đồng vị, bao gồm các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên
• băng phẫu thuật
• thanh nẹp, băng bột và các thiết bị khác dùng cho chỗ gãy và trật khớp
• bộ phận giả và các thiết bị chỉnh hình không phải là dụng cụ nha khoa, bao gồm cả thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó. Đây là những thiết bị thay thế toàn bộ hoặc một phần của:
  ○ cơ quan nội tạng (bao gồm cả mô tiếp giáp), **hoặc**
  ○ chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc gặp trục trặc
• vòng nẹp chân, tay, lưng và cổ, băng giữ và chân, tay và mắt giả. Bao gồm cả dịch vụ điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do bị vỡ, mòn, mất hoặc khi bệnh trạng của quý vị có thay đổi
• vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu vận động
	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	
	Nếu thời gian nằm viện nội trú hoặc thời gian nằm tại SNF của quý vị không còn được đài thọ, chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ các dịch vụ Medicare Phần B theo phần chia sẻ chi phí hiện hành được liệt kê ở phần khác trong Bảng Quyền Lợi này khi được các nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp.

	Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
	Các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh thận Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra những quyết định đúng đắn về việc chăm sóc của mình. • Đào tạo tự thẩm tách, bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị thẩm tách tại nhà. • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như các lần thăm khám cần thiết của nhân viên thẩm tách được đào tạo để kiểm tra quá trình thẩm tách tại nhà của quý vị, để giúp đỡ quý vị trong trường hợp cấp cứu và để kiểm tra thiết bị thẩm tách và nguồn nước của quý vị. • Dụng cụ và vật liệu thẩm tách tại nhà.	$0
	• Điều trị thẩm tách ngoại trú, bao gồm cả điều trị thẩm tách khi quý vị tạm thời rời khỏi khu vực phục vụ, như được giải thích tại **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không thể cung cấp hoặc không thể tiếp cận được.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả **tiền đồng bảo hiểm 20%**.
	• 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.	Không có phụ phí cho các dịch vụ nhận được trong một lần nằm viện. Tham khảo phần “Chăm sóc nội trú tại bệnh viện” trong Bảng Quyền Lợi này để biết phần chia sẻ chi phí hiện hành cho dịch vụ nằm viện nội trú.
	Medicare Phần B chi trả một số loại thuốc dùng để thẩm tách. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo “Thuốc Medicare Phần B” trong bảng này.	

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính liều thấp (low dose computed tomography, LDCT) Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi mỗi 12 tháng một lần nếu quý vị: • trong độ tuổi từ 50 đến 80, **và** • có thăm khám để được tư vấn và đưa ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác, **và** • hút thuốc ít nhất một gói mỗi ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của bệnh ung thư phổi hoặc hiện tại đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm qua. Sau lần kiểm tra sàng lọc đầu tiên, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần kiểm tra sàng lọc nữa mỗi năm khi có văn bản chỉ định từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác. Nếu nhà cung cấp chọn cung cấp dịch vụ thăm khám để tư vấn và đưa ra quyết định chung về kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi thì buổi thăm khám đó phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho buổi thăm khám như vậy.	$0
	Trị liệu dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận mà không thực hiện thẩm tách. Quyền lợi này cũng áp dụng sau khi ghép thận nếu có chỉ định từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ chi trả cho ba giờ dịch vụ tư vấn riêng tư một – một trong năm đầu tiên quý vị nhận được các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế theo Medicare. Chúng tôi có thể sẽ chấp thuận các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai giờ dịch vụ tư vấn riêng tư một – một trong mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, việc điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị có thay đổi, quý vị có thể có thêm giờ điều trị nếu có y lệnh của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn chỉ định này mỗi năm nếu quý vị cần điều trị trong năm dương lịch tiếp theo. Chúng tôi có thể sẽ chấp thuận các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Trị liệu dinh dưỡng y tế (tiếp theo) Chúng tôi cũng đài thọ cho dịch vụ tư vấn dinh dưỡng/chế độ ăn uống với nhà cung cấp trong mạng lưới, đối với các trường hợp không liên quan đến bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không thẩm tách.	
	Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Chương trình của chúng tôi chi trả dịch vụ MDPP dành cho những người đủ điều kiện. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. Chương trình này cung cấp buổi đào tạo thực tế về: • thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, **và** • tăng cường vận động thể chất, **và** • cách duy trì cân nặng đã giảm và lối sống lành mạnh.	$0
	Thuốc Medicare Phần B† Những loại thuốc này được đài thọ theo Phần B của Medicare. Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho các loại thuốc sau: • các loại thuốc quý vị thường không tự sử dụng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị sử dụng dịch vụ của bác sĩ, dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú • insulin được cung cấp thông qua một thiết bị y khoa lâu bền (như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • các loại thuốc quý vị sử dụng bằng thiết bị y khoa lâu bền (như máy xông khí dung) mà chương trình của chúng tôi cho phép • thuốc trị bệnh Alzheimer, Leqembi® (lecanemab gốc) được tiêm qua tĩnh mạch (IV). Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần thực hiện thêm các xét nghiệm và chụp chiếu trước và/hoặc trong quá trình điều trị. Vui lòng trao đổi với bác sĩ về những xét nghiệm và chụp chiếu mà quý vị có thể cần thực hiện trong quá trình điều trị. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Thuốc Phần B được cung cấp** **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, đối với thuốc Medicare Phần B, khi cần phải có nhân viên y tế cho dùng hoặc theo dõi và thuốc do nhà cung cấp trong mạng lưới cho dùng, quý vị sẽ phải trả **tiền đồng bảo hiểm** sau tùy thuộc vào chương trình quý vị ghi danh: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Thuốc Medicare Phần B† (tiếp theo) • các yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông • thuốc cấy/ghép/thuốc ức chế miễn dịch: Medicare sẽ đài thọ cho dịch vụ trị liệu bằng thuốc cấy/ghép nếu Medicare thanh toán cho ca cấy/ghép 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. Medicare Phần D sẽ đài thọ cho các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ • thuốc điều trị chứng loãng xương dạng tiêm. Chúng tôi chi trả cho những loại thuốc này nếu quý vị phải ở trong nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến chứng loãng xương hậu mãn kinh và không thể tự tiêm thuốc • 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 đã được hướng dẫn bài bản (có thể là quý vị, bệnh nhân) thực hiện dưới sự giám sát thích hợp • một số loại thuốc uống điều trị ung thư: Medicare sẽ 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 chuyển hóa thành hoạt chất tương tự có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm đó. 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 làm hóa trị liệu hoặc được sử dụng làm phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn qua đường tĩnh mạch **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	• North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để biết loại thuốc nào được cung cấp với mức tiền đồng bảo hiểm **20%**. Một số loại thuốc có thể dưới **20%** nếu những loại thuốc đó được xác định là vượt quá mức lạm phát. **Thuốc Phần B từ một nhà thuốc trong mạng lưới** Quý vị thanh toán các khoản sau cho thuốc Phần B trong danh mục thuốc của chúng tôi khi mua từ nhà thuốc trong mạng lưới: • **$0** đối với thuốc tiêm truyền tại gia (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày) và Epogen để thẩm tách tại gia (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày). • **$0** đối với tất cả các loại thuốc gốc và biệt dược khác (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày).

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Thuốc Medicare Phần B† (tiếp theo) • một số loại thuốc dạng uống điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) được Medicare Phần B đài thọ • thuốc bắt chước canxi và gắn phosphate 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 gia, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin (khi cần thiết về mặt y tế) và thuốc gây mê/tê tại chỗ • thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare sẽ đài thọ cho erythropoietin đường tiêm nếu quý vị mắc ESRD hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị bệnh thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch để điều trị tại gia các bệnh suy giảm miễn dịch tiên phát • dinh dưỡng không qua đường tiêu hóa và qua đường tiêu hóa (IV và nuôi ăn bằng ống) Chúng tôi cũng đài thọ cho một số vắc-xin theo Medicare Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn trong quyền lợi thuốc Medicare Phần D của chúng tôi. **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích quyền lợi về thuốc của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc mà quý vị phải tuân theo để toa thuốc của mình được đài thọ. **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích về những khoản thanh toán mà quý vị phải trả cho thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.	

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng Cơ sở điều dưỡng (nursing facility, NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại gia nhưng lại không cần nhập viện. Các dịch vụ mà chúng tôi thanh toán bao gồm nhưng không giới hạn ở những dịch vụ sau: • phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng tư nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm những chế độ ăn uống đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ • trị liệu hô hấp • thuốc được cung cấp cho quý vị theo chương trình chăm sóc của quý vị. (Bao gồm các chất có mặt tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu). • máu, bao gồm cả lưu trữ và truyền máu • nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • xét nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • sử dụng các trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế • thiết bị y khoa lâu bền • dịch vụ nha khoa, bao gồm cả hàm răng giả • quyền lợi nhãn khoa • khám thính lực • chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương • dịch vụ điều trị bệnh về chân **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp theo) Quý vị thường được chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể được chăm sóc tại một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại những nơi sau nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đang sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là có cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện	
	Kiểm tra sàng lọc và điều trị béo phì để giảm cân Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ tư vấn giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải được tư vấn trong môi trường chăm sóc chính. Có như vậy thì chương trình phòng ngừa đầy đủ của quý vị mới kiểm soát được việc đó. Hãy trao đổi với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0
	Dịch vụ của chương trình điều trị opioid (OTP) Chương trình của chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây để điều trị chứng rối loạn do sử dụng opioid (opioid use disorder, OUD) thông qua OTP bao gồm các dịch vụ sau: • các loại thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) phê duyệt cũng như quản lý và cung cấp cho quý vị • dịch vụ tư vấn sử dụng chất gây nghiện • liệu pháp theo cá nhân và nhóm • xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc chất) • hoạt động tiếp nhận và đánh giá ban đầu • buổi đánh giá định kỳ **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, đối với các loại thuốc Medicare Phần B được sử dụng để điều trị lâm sàng khi được Chương Trình Điều Trị Opioid cung cấp, quý vị sẽ phải trả **tiền đồng bảo hiểm** sau tùy thuộc vào chương trình quý vị ghi danh: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ của chương trình điều trị opioid (OTP) (tiếp theo)	• South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Một số loại thuốc có thể dưới **20%** nếu những loại thuốc đó được xác định là vượt quá mức lạm phát.
	Các xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ và vật liệu cho việc điều trị ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau và những dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê tại đây: • Dịch vụ chụp X-quang • Siêu âm **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi lần khám bệnh, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Các xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ và vật liệu cho việc điều trị ngoại trú (tiếp theo)	• South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• xét nghiệm • máu, bao gồm cả lưu trữ và truyền máu • trị liệu phóng xạ (phóng xạ và đồng vị), bao gồm các tài liệu và vật liệu của kỹ thuật viên • †vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • †thanh nẹp, băng bột và các thiết bị khác dùng cho chỗ gãy và trật khớp	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	• các kiểm tra chẩn đoán không làm trong phòng xét nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị yêu cầu làm những kiểm tra đó để điều trị một bệnh trạng **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi thủ thuật đối với dịch vụ dịch vụ Chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging, MRI), chụp cắt lớp vi tính (computed tomography, CT) và chụp cắt lớp phát xạ positron (positron emission tomography, PET),

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Các xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ và vật liệu cho việc điều trị ngoại trú (tiếp theo)	tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• Bất cứ kiểm tra chẩn đoán hay thủ thuật đặc biệt nào được cung cấp trong khoa điều trị ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú hay trong một phòng phẫu thuật của bệnh viện, hoặc nếu được thực hiện trong bất kỳ cơ sở nào mà nhân viên được cấp phép theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của quý vị khi quý vị hồi phục cảm giác sau khi sử dụng thuốc để giảm cảm giác hoặc giảm khó chịu **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả khoản sau cho mỗi thủ thuật tùy thuộc vào chương trình quý vị ghi danh: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Các xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ và vật liệu cho việc điều trị ngoại trú (tiếp theo)	• South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• các kiểm tra chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Quan sát bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ theo dõi ngoại trú của bệnh viện để xác định xem quý vị có cần nhập viện nội trú hoặc có thể được xuất viện không. Các dịch vụ phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare, cũng như phải được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được đài thọ khi được cung cấp theo chỉ định của bác sĩ hoặc một người khác được luật tiểu bang và nội quy đối với nhân viên bệnh viện cho phép tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc chỉ định các xét nghiệm ngoại trú. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi đợt nằm viện khi được tiếp nhận trực tiếp vào bệnh viện để theo dõi với tư cách là bệnh nhân ngoại trú, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Quan sát bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo) **Lưu ý:** Trừ khi nhà cung cấp viết chỉ định 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 phần 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 quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo tờ thông tin của Medicare *Quyền Lợi Bệnh Viện Medicare* có trên Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	• South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **Lưu ý:** Không có phí bổ sung cho các lần nằm viện theo dõi bệnh nhân ngoại trú khi được chuyển đến để theo dõi từ Khoa Cấp Cứu hoặc sau khi phẫu thuật ngoại trú.
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương, chẳng hạn như: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám bệnh nhân ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	**Khoa Cấp Cứu** $0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi lần thăm khám, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo) **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	• North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **Phẫu thuật ngoại trú** $0 **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả khoản sau cho mỗi thủ thuật tùy thuộc vào chương trình quý vị ghi danh: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo) • Các xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tinh thần, bao gồm chăm sóc theo chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng nếu không có chương trình này thì sẽ cần phải điều trị nội trú • †Nguồn tiếp liệu y tế chẳng hạn như thanh nẹp và băng bột	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. $0
	• Một số loại thuốc và chế phẩm sinh học mà quý vị không thể tự mình sử dụng **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, đối với thuốc Medicare Phần B, khi cần phải có nhân viên y tế cho dùng hoặc theo dõi và thuốc do nhà cung cấp trong mạng lưới cho dùng, quý vị sẽ phải trả **tiền đồng bảo hiểm** sau tùy thuộc vào chương trình quý vị ghi danh: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo)	• North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để biết loại thuốc nào được cung cấp với mức tiền đồng bảo hiểm **20%**. Một số loại thuốc có thể dưới **20%** nếu những loại thuốc đó được xác định là vượt quá mức lạm phát.
	• Dịch vụ chụp X-quang và chụp hình quang tuyến khác được bệnh viện lập hóa đơn **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Dịch vụ chụp X-quang và siêu âm** $0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi lần khám bệnh, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo)	• North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0** **Chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging, MRI), chụp cắt lớp vi tính (computed tomography, CT) và chụp cắt lớp phát xạ positron (positron emission tomography, PET)** $0 **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả khoản sau cho mỗi thủ thuật tùy thuộc vào chương trình quý vị ghi danh: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375**
	Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau	

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo)	• North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• †Đối với các thủ thuật nha khoa tại cơ sở trong mạng lưới, chúng tôi cung cấp dịch vụ gây mê toàn thân và các dịch vụ của cơ sở kết hợp với dịch vụ gây mê/tê nếu tất cả những điều sau đây đều đúng: o Quý vị bị khuyết tật về mặt phát triển hoặc sức khỏe của quý vị bị tổn hại o Tình trạng lâm sàng hoặc tình trạng y tế hiện tại của quý vị đòi hỏi cung cấp thủ thuật nha khoa tại một bệnh viện hoặc tại một trung tâm phẫu thuật ngoại trú o Thủ thuật nha khoa này thường không đòi hỏi phải gây mê toàn thân Chúng tôi sẽ không đài thọ bất kỳ dịch vụ nào khác liên quan đến các thủ thuật nha khoa, chẳng hạn như các dịch vụ của nha sĩ, trừ khi các dịch vụ đó được Medi-Cal Dental đài thọ (xem phần “Dịch vụ nha khoa” trong Bảng Quyền Lợi này).	$0 **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, vui lòng tham khảo mục “Phẫu thuật ngoại trú” được nêu ở đầu phần này để biết phần chia sẻ chi phí áp dụng cho chi phí cơ sở bệnh viện ngoại trú.
	Chăm sóc sức khỏe tinh thần ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe tinh thần được cung cấp bởi: • bác sĩ tâm thần được tiểu bang cấp phép • nhà tâm lý học lâm sàng • nhân viên xã hội (CSW) • chuyên viên y tá lâm sàng (CNS) • cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC) • chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (licensed marriage and family therapist, LMFT) • chuyên viên điều dưỡng (NP) • y sĩ (PA) • bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tinh thần nào khác đạt chuẩn Medicare được cấp phép theo luật tiểu bang hiện hành. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc sức khỏe tinh thần ngoại trú (tiếp theo) Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • dịch vụ phòng khám • dịch vụ điều trị ban ngày • dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội • chương trình nhập viện bán phần hoặc các chương trình ngoại trú đặc biệt • đánh giá và điều trị sức khỏe tinh thần theo cá nhân và nhóm • kiểm tra tâm lý khi được chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tinh thần • dịch vụ ngoại trú nhằm mục đích theo dõi quá trình trị liệu bằng thuốc • xét nghiệm, thuốc, vật tư và thực phẩm chức năng cho bệnh nhân ngoại trú • tư vấn về bệnh tâm thần	
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú† Chúng tôi sẽ thanh toán cho vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ các khoa ngoại trú của bệnh viện, các văn phòng chuyên gia trị liệu độc lập, các cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác. Chúng tôi cũng đài thọ: • Vật lý trị liệu để ngăn ngừa té ngã cho người lớn có nguy cơ té ngã theo chỉ định của bác sĩ. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi lần thăm khám, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: **Thăm khám trị liệu cá nhân** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú† (tiếp theo) **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	• North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0** **Thăm khám trị liệu theo nhóm** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú† (tiếp theo) • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ được cung cấp trong chương trình điều trị phục hồi chức năng đa ngành ban ngày.	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi ngày, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**
	Các dịch vụ ngoại trú điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • kiểm tra sàng lọc và tư vấn về tình trạng lạm dụng rượu bia • điều trị tình trạng lạm dụng thuốc • tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân do bác sĩ lâm sàng đủ tiêu chuẩn thực hiện • cai nghiện bán cấp tính trong chương trình cai nghiện nội trú **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Các dịch vụ ngoại trú điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (tiếp theo) • dịch vụ cai nghiện rượu bia và/hoặc thuốc tại trung tâm điều trị bệnh nhân ngoại trú tích cực • điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) loại phóng thích kéo dài	
	Phẫu thuật ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ và phẫu thuật ngoại trú tại các cơ sở chăm sóc bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú. **Lưu ý:** Nếu phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên hỏi lại nhà cung cấp xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp viết chỉ định cho phép quý vị nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú, nếu không quý vị sẽ được coi là bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi lưu trú tại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	**Khám tại phòng mạch nhà cung cấp** $0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi **lần thăm khám chăm sóc chuyên khoa**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Phẫu thuật ngoại trú (tiếp theo)	**Phẫu thuật và các thủ thuật ngoại trú khác** $0 **Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả khoản sau cho mỗi thủ thuật, tùy thuộc vào chương trình quý vị đã ghi danh, khi được cung cấp trong một trung tâm phẫu thuật ngoại trú hay trong một phòng phẫu thuật của bệnh viện, hoặc nếu được thực hiện trong bất kỳ cơ sở nào mà nhân viên được cấp phép theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của quý vị khi quý vị hồi phục cảm giác sau khi sử dụng thuốc để giảm cảm giác hoặc giảm khó chịu: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Hạng Mục Mua Tự Do (OTC) Quý vị sẽ nhận được thẻ Healthy Extras nạp sẵn tiền với hạn mức quyền lợi hàng quý được liệt kê ở bên phải để mua các hạng mục mua tự do (over-the-Counter, OTC) đủ điều kiện theo hình thức trực tuyến và tại các cửa hàng bán lẻ tham gia mạng lưới, bao gồm tại nhà thuốc bán lẻ của Kaiser Permanente. Thẻ của quý vị sẽ được nạp lại tiền vào ngày 1 tháng 1, ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và ngày 1 tháng 10. Bất kỳ phần nào chưa sử dụng trong mức trợ cấp hàng quý sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo. Chi phí cho các hạng mục OTC đủ điều kiện sẽ được đài thọ lên đến số dư khả dụng trên thẻ của quý vị. Nếu vẫn còn số tiền phải trả, quý vị phải sử dụng hình thức thanh toán khác. Các khoản phí và yêu cầu về giá trị đơn hàng tối thiểu khác nhau tùy theo từng nhà bán lẻ. Vui lòng xem kỹ thông tin về các khoản phí trên trang thanh toán trước khi đặt hàng trực tuyến. Quý vị sẽ được yêu cầu nhập phương thức thanh toán khác cho các khoản tiền boa hoặc phí nếu có. Để kích hoạt thẻ Healthy Extras, vui lòng gọi số 1-833-524-7035 (TTY 711) từ 5 giờ sáng đến 5 giờ chiều giờ theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (Pacific Standard Time, PST), sau đó cung cấp số thẻ và ID hội viên của quý vị. Nếu đã có thẻ Healthy Extras, quý vị sẽ không nhận được thẻ mới. Vui lòng giữ lại thẻ; quyền lợi sẽ được nạp vào thẻ hiện có của quý vị. Để thiết lập tài khoản trực tuyến, vui lòng xem danh sách các hạng mục OTC đủ điều kiện, tìm cửa hàng tham gia mạng lưới, yêu cầu bồi hoàn, kiểm tra số dư và lịch sử giao dịch, mua hàng trực tuyến hoặc thay thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng truy cập mybenefitscenter.com hoặc gọi số 1-833-524-7035 (TTY 711) từ 5 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo PST. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	Quý vị trả $0 cho đến khi sử dụng hết mức trợ cấp hàng quý của chương trình: • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** • South P11 – **$150** • North P2 – **$50** • North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75** • North P25 – **$75** **Chỉ dành cho hội viên tại Miền Nam California:** Nếu đủ tiêu chuẩn hưởng quyền lợi SSBCI được nêu tại dòng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính trong Bảng Quyền Lợi này, quý vị có thể sử dụng khoản trợ cấp mua OTC hàng quý của mình để mua cả thực phẩm lành mạnh.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Hạng Mục Mua Tự Do (OTC) (tiếp theo) Quý vị cũng có thể truy cập mybenefitscenter.com và tải ứng dụng di động OTC Network để tìm các nhà bán lẻ tham gia, tra cứu các sản phẩm đủ điều kiện, xem lại lịch sử giao dịch cũng như kiểm tra số dư thẻ. Quý vị cũng có thể sử dụng ứng dụng di động OTC tại các cửa hàng để quét mặt hàng nhằm xác định xem có đủ điều kiện mua hay không và xem số dư trước khi thanh toán. Hội viên có thể tải ứng dụng di động OTC Network trực tiếp từ iTunes App Store hoặc GooglePlay. Tìm kiếm “OTC Network” để tải xuống. Lưu ý: Bất kỳ số tiền nào chưa sử dụng sẽ bị mất khi rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi.	
	Quý vị có thể sẽ được đài thọ bổ sung đối với một số sản phẩm OTC được Medi-Cal đài thọ thông qua chương trình Medi-Cal Rx. Để biết thêm thông tin về Medi-Cal Rx, vui lòng gọi Dịch Vụ Khách Hàng của Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY có thể gọi 711, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Ngoài ra, quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của Medi-Cal Rx tại https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.	$0
	Sản phẩm OTC để thay thế nicôtin Chúng tôi đài thọ một số liệu pháp thay thế nicôtin nhất định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận, để sử dụng không cần toa. Các hạng mục này phải được nhà cung cấp trong mạng lưới đặt hàng và được lấy từ nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi sẽ cung cấp lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày hai lần trong năm dương lịch.	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc giảm nhẹ Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ được đài thọ theo chương trình của chúng tôi và là dịch vụ dành cho người mắc bệnh nặng. Dịch vụ này cung cấp mô hình chăm sóc lấy bệnh nhân và gia đình làm trung tâm nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách tiên lượng, ngăn ngừa cũng như điều trị giảm cơn đau. Chăm Sóc Giảm Nhẹ không phải là dịch vụ chăm sóc cuối đời, do đó quý vị không cần phải có tiên lượng sống còn từ sáu tháng trở xuống mới đủ điều kiện nhận chăm sóc giảm nhẹ. Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ có thể được cung cấp cùng lúc với dịch vụ chăm sóc điều trị bệnh/chăm sóc thông thường. Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm những phần sau: • lên kế hoạch chăm sóc trước • đánh giá và tư vấn về chăm sóc giảm nhẹ • kế hoạch chăm sóc, bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ và điều trị bệnh được cho phép, bao gồm cả dịch vụ sức khỏe tinh thần và các dịch vụ y tế xã hội • dịch vụ từ đội ngũ chăm sóc được chỉ định của quý vị • điều phối chăm sóc • quản lý cơn đau và triệu chứng Quý vị không thể đồng thời nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ. Nếu đang nhận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ và đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị có thể yêu cầu chuyển sang dịch vụ chăm sóc cuối đời vào bất kỳ lúc nào.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Dịch vụ nhập viện bán phần và dịch vụ ngoại trú đặc biệt Nằm viện bán phần là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc bài bản. Dịch vụ này được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc tại trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng; đây là hình thức chăm sóc chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc chuyên gia tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Dịch vụ này có thể giúp quý vị đỡ phải nhập viện nội trú. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ nhập viện bán phần và dịch vụ ngoại trú đặc biệt (tiếp theo) Dịch vụ ngoại trú đặc biệt là một chương trình điều trị sức khỏe hành vi (tinh thần) tích cực có cấu trúc bài bản, được cung cấp tại bệnh viện (dạng ngoại trú), trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng, trung tâm y tế đạt chuẩn liên bang, hoặc phòng khám y tế nông thôn; dịch vụ này chuyên sâu hơn so với dịch vụ tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, LMFT hoặc chuyên gia tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép, nhưng ở mức độ ít chuyên sâu hơn so với dịch vụ nằm viện bán phần.	

	Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các buổi khám tại phòng khám bác sĩ
	
	Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:
	• dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được thực hiện tại các địa điểm như:
	  ○ phòng khám bác sĩ
	  ○ trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận
	  ○ khoa ngoại trú của bệnh viện
	  ○ bất kỳ địa điểm nào khác
	• dịch vụ tư vấn, chẩn đoán và điều trị bệnh của bác sĩ chuyên khoa
	• buổi khám cơ bản về thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp chăm sóc chính thực hiện, nếu bác sĩ chỉ định để xác định xem quý vị có cần điều trị hay không
	
	Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau
		Trao đổi với nhà cung cấp của quý vị và xin giấy giới thiệu để được chăm sóc chuyên khoa.
		
		Y tế từ xa
		
		$0
		
		Khám tại phòng mạch nhà cung cấp
		
		$0
		
		Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi **lần thăm khám chăm sóc chuyên khoa**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia:
		• South P1 – **$0**
		• South P6 – **$0**
		• South P7 – **$0**
		• South P9 – **$0**
		• South P10 – **$0**
		• South P11 – **$0**
		• North P2 – **$0**
		• North P16 – **$0**
		• North P17 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả

Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các buổi khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp theo)
 	
• Một số dịch vụ y tế từ xa, bao gồm chăm sóc chính và chuyên khoa, trong đó có dịch vụ nội trú tại bệnh viện, dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ phục hồi chức năng tim, dịch vụ phục hồi chức năng phổi, dịch vụ cấp cứu, dịch vụ cần gấp, nhập viện bán phần, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ trị liệu vận động, sức khỏe tinh thần, điều trị bệnh chân, dịch vụ tâm thần, dịch vụ vật lý trị liệu và trị liệu bệnh lý ngôn ngữ-âm ngữ, dịch vụ chương trình điều trị opioid, dịch vụ chụp X-quang ngoại trú, dịch vụ bệnh viện ngoại trú, dịch vụ quan sát, dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú, dịch vụ thẩm tách, dịch vụ dinh dưỡng/chế độ ăn uống, giáo dục về sức khỏe, dịch vụ giáo dục về bệnh thận, đào tạo về tự quản lý bệnh tiểu đường, kiểm tra thính giác, chuẩn bị trước phẫu thuật hoặc thời gian nằm viện và các lần thăm khám theo dõi sau thời gian nằm viện, phẫu thuật hoặc thăm khám tại Khoa Cấp Cứu. Dịch vụ sẽ chỉ được cung cấp theo hình thức y tế từ xa khi được nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ cho là phù hợp về mặt lâm sàng.
  ○ Quý vị có quyền lựa chọn nhận được các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc y tế từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này qua dịch vụ y tế từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế từ xa. Chúng tôi cung cấp các phương tiện y tế từ xa sau đây:
  ○ Các buổi khám qua video tương tác để nhận dịch vụ chuyên môn khi nhà cung cấp trong mạng lưới xác định là có thể cung cấp dịch vụ theo hình thức này
  ○ Các buổi hẹn thăm khám qua điện thoại đã lên lịch để nhận dịch vụ chuyên môn khi nhà cung cấp trong mạng lưới xác định là có thể cung cấp dịch vụ theo hình thức này
 	
Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau
	• North P18 – **$0**
	• North P19 – **$0**
	• North P20 – **$0**
	• North P21 – **$0**
	• North P22 – **$0**
	• North P23 – **$0**
	• North P24 – **$5**
	• North P25 – **$0**
	
	Phẫu thuật và các thủ thuật ngoại trú khác
	
	$0
	
	Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, quý vị sẽ phải trả khoản sau cho mỗi thủ thuật, tùy thuộc vào chương trình quý vị đã ghi danh, khi được cung cấp trong một trung tâm phẫu thuật ngoại trú hay trong một phòng phẫu thuật của bệnh viện, hoặc nếu được thực hiện trong bất kỳ cơ sở nào mà nhân viên được cấp phép theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của quý vị khi quý vị hồi phục cảm giác sau khi sử dụng thuốc để giảm cảm giác hoặc giảm khó chịu:
	
	• South P1 – **$400**
	• South P6 – **$420**
	• South P7 – **$440**
	• South P9 – **$0**
	• South P10 – **$490**
	• South P11 – **$0**
	• North P2 – **$470**
	• North P16 – **$480**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả

Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các buổi khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp theo)
• dịch vụ y tế từ xa để thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) dành cho hội viên thẩm tách tại gia; các dịch vụ này có thể được thực hiện tại trung tâm thẩm tách thuộc bệnh viện hoặc bệnh viện nhỏ xa xôi, tại cơ sở thẩm tách hoặc tại gia.
• dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ.
• 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 đồng mắc, bất kể quý vị ở đâu
• dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị rối loạn sức khỏe tinh thần
• dịch vụ y tế từ xa để thăm khám sức khỏe tinh thần do Phòng Khám Y Tế 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 năm đến mười phút **nếu**
  ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**
  ○ làm thủ tục ghi tên không liên quan đến buổi thăm khám tại văn phòng trong bảy ngày qua **và**
  ○ sau khi làm thủ tục ghi tên, quý vị không phải thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc vào cuộc hẹn sớm nhất có thể.
• đánh giá qua video và/hoặc các hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ cũng như việc diễn giải và theo dõi của bác sĩ trong vòng 24 giờ **nếu**
  ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**
  ○ đánh giá không liên quan đến buổi khám tại phòng khám trong bảy ngày qua **và**
  ○ việc đánh giá đó không dẫn đến buổi khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc vào cuộc hẹn sớm nhất có thể
Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau
	• North P17 – **$400**
	• North P18 – **$400**
	• North P19 – **$490**
	• North P20 – **$450**
	• North P21 – **$480**
	• North P22 – **$490**
	• North P23 – **$480**
	• North P24 – **$455**
	• North P25 – **$460**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các buổi khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp theo) • việc tư vấn mà bác sĩ của quý vị thực hiện với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới • ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật • khám tại nhà do bác sĩ trong mạng lưới (hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới là y tá có bằng hành nghề) thực hiện trong khu vực phục vụ của chúng tôi khi nhà cung cấp trong mạng lưới xác định rằng dịch vụ chăm sóc được cung cấp tốt nhất tại nhà quý vị • điều trị bằng tia cực tím **Dịch vụ khám chữa bệnh từ xa theo phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị:** Khám chữa bệnh từ xa là hình thức nhận dịch vụ mà quý vị không cần có mặt tại cùng một địa điểm với nhà cung cấp. Dịch vụ khám chữa bệnh từ xa có thể bao gồm việc trò chuyện trực tiếp với nhà cung cấp của quý vị. Hoặc dịch vụ khám chữa bệnh từ xa có thể bao gồm việc chia sẻ thông tin với nhà cung cấp của quý vị mà không cần trò chuyện trực tiếp. Quý vị có thể nhận được nhiều dịch vụ thông qua dịch vụ khám chữa bệnh từ xa. Tuy nhiên, dịch vụ khám chữa bệnh từ xa có thể không áp dụng cho tất cả các dịch vụ được đài thọ. Quý vị có thể liên hệ với nhà cung cấp của mình để tìm hiểu những loại dịch vụ nào có thể sử dụng được thông qua dịch vụ khám chữa bệnh từ xa. Điều quan trọng là cả quý vị và nhà cung cấp của quý vị đều đồng ý rằng việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa cho một dịch vụ cụ thể là phù hợp với quý vị. Quý vị có quyền sử dụng các dịch vụ trực tiếp và không bắt buộc phải sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa ngay cả khi nhà cung cấp của quý vị đồng ý rằng dịch vụ đó phù hợp với quý vị.	

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ điều trị bệnh về chân Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật đối với các chấn thương và bệnh của bàn chân (chẳng hạn như ngón chân khoằm xuống hoặc gai gót chân). • chăm sóc bàn chân định kỳ cho các hội viên mắc các bệnh ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường. Theo phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị, chúng tôi đài thọ dịch vụ điều trị bệnh chân khi Cần Thiết Về Mặt Y Tế cho việc chẩn đoán và điều trị y tế, phẫu thuật, kỹ thuật, thao tác bằng tay và chạy điện cho bàn chân. Dịch vụ bao gồm việc điều trị mắt cá chân và gân mà chèn vào bàn chân và điều trị không qua phẫu thuật cho các cơ và gân của cẳng chân mà kiểm soát chức năng của bàn chân. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Khám tại phòng mạch nhà cung cấp** $0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi **lần thăm khám chăm sóc chuyên khoa**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **Phẫu thuật và các thủ thuật ngoại trú khác** $0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ điều trị bệnh về chân (tiếp theo)	**Nếu mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ phải trả khoản sau cho mỗi thủ thuật, tùy thuộc vào chương trình quý vị đã ghi danh, khi được cung cấp trong một trung tâm phẫu thuật ngoại trú hay trong một phòng phẫu thuật của bệnh viện, hoặc nếu được thực hiện trong bất kỳ cơ sở nào mà nhân viên được cấp phép theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của quý vị khi quý vị hồi phục cảm giác sau khi sử dụng thuốc để giảm cảm giác hoặc giảm khó chịu: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu quý vị không bị HIV, nhưng bác sĩ hoặc người hành nghề y khác xác định quý vị có nguy cơ mắc HIV cao hơn, chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn, các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Thuốc PrEP dạng uống hoặc dạng tiêm được FDA phê duyệt, bao gồm phí tiêm thuốc, nếu áp dụng. • Tối đa tám buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá rủi ro nhiễm HIV, giảm rủi ro nhiễm HIV và tuân thủ thuốc) trong mỗi 12 tháng. • Lên đến tám lần kiểm tra sàng lọc HIV trong mỗi 12 tháng. • Kiểm tra sàng lọc vi-rút viêm gan B một lần	$0
	Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây 12 tháng một lần: • khám trực tràng bằng ngón tay • xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	$0
	Các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và tiếp liệu liên quan† Bộ phận giả để thay thế tất cả hay một phần bộ phận hay chức năng cơ thể. Các thiết bị chỉnh hình hỗ trợ hoặc điều chỉnh chức năng của một bộ phận cơ thể. Những dụng cụ này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • kiểm tra, lắp chỉnh hoặc hướng dẫn sử dụng các thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình • túi hậu môn nhân tạo và các vật tư liên quan đến chăm sóc hậu môn nhân tạo **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, đối với các bộ phận giả hoặc dụng cụ chỉnh hình bên ngoài và vật tư (bao gồm vật tư chăm sóc vết thương) và ủng phẫu thuật khi được cung cấp trong lần thăm khám ngoại trú, quý vị sẽ thanh toán **tiền đồng bảo hiểm** sau đây, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia. • South P1 – **20%** • South P6 – **20%**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và tiếp liệu liên quan† (tiếp theo) • dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa, bao gồm bộ vật tư nuôi ăn, bơm truyền dịch, ống và đầu nối, dung dịch và vật tư để tự tiêm • máy điều hòa nhịp tim • niềng; vòng nẹp • giày giả chỉnh hình • tay và chân giả • bộ phận giả của vú (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau thủ thuật cắt bỏ toàn bộ vú) • bộ phận giả để thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận bên ngoài khuôn mặt vốn đã bị cắt bỏ hoặc suy giảm chức năng vì bệnh tật, chấn thương hay dị tật bẩm sinh • kem chăm sóc da và tã dùng cho người tiêu tiểu mất kiểm soát Chúng tôi chi trả cho một số vật tư liên quan đến các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho việc sửa chữa hoặc thay thế các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình. Chúng tôi cung cấp một số quyền lợi bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tham khảo phần “Chăm sóc thị lực” ở phần sau trong bảng này để biết thêm chi tiết. Chúng tôi cũng đài thọ những vật liệu không được Medicare đài thọ: • một số giày phẫu thuật hậu phẫu được cung cấp trong thời gian thăm khám ngoại trú • thiết bị cương cứng hút chân không chữa rối loạn chức năng tình dục • một số chất bịt kín da, chất bảo vệ, chất dưỡng ẩm, thuốc mỡ chăm sóc vết thương cần thiết về mặt y tế **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	• South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **$0** đối với các thiết bị bên trong được cấy ghép bằng phẫu thuật.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Các bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và tiếp liệu liên quan† (tiếp theo) Theo phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị, chúng tôi chi trả cho các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau: • vật dụng này cần thiết về mặt y tế để giúp khôi phục chức năng hoạt động của một bộ phận cơ thể (chỉ dành cho bộ phận giả) • vật dụng mà quý vị được kê toa • vật dụng này cần thiết về mặt y tế để hỗ trợ bộ phận cơ thể (chỉ dành cho dụng cụ chỉnh hình) • vật dụng cần thiết về mặt y tế để giúp quý vị thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày • vật dụng hợp lý cho bệnh trạng chung của quý vị • vật dụng này được Medi-Cal đài thọ • vật dụng đó phải được phê duyệt trước cho quý vị. Vật dụng này bao gồm thiết bị trợ thính cấy ghép, bộ phận giả của vú/áo ngực sau thủ thuật cắt bỏ toàn bộ vú, trang phục ép dành cho người bị bỏng và các bộ phận giả nhằm khôi phục chức năng hoặc thay thế một bộ phận cơ thể, hoặc hỗ trợ một bộ phận cơ thể bị suy yếu hoặc biến dạng. Phạm vi bảo hiểm được giới hạn ở thiết bị có chi phí thấp nhất nhưng vẫn đáp ứng đầy đủ nhu cầu y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ chọn nhà cung cấp.	
	Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi sẽ thanh toán cho các chương trình phục hồi chức năng phổi dành cho các hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) từ mức độ trung bình đến rất nặng. Quý vị phải có y lệnh của bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị COPD về việc phục hồi chức năng phổi.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Kiểm tra sàng lọc nhiễm Vi-rút Viêm gan C Chúng tôi đài thọ cho một lần kiểm tra sàng lọc Viêm gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ tiêu chuẩn khác yêu cầu và quý vị đáp ứng một trong những điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị sử dụng hoặc đã sử dụng ma túy dạng tiêm bất hợp pháp. • Quý vị đã được truyền máu trước năm 1992. • Quý vị sinh từ năm 1945 đến 1965. Nếu quý vị sinh từ năm 1945 đến 1965 và không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi sẽ trả tiền cho một lần kiểm tra sàng lọc. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị vẫn tiếp tục sử dụng ma túy dạng tiêm bất hợp pháp kể từ lần kiểm tra sàng lọc Viêm gan C âm tính trước đó), chúng tôi sẽ chi trả cho việc kiểm tra sàng lọc hàng năm.	$0
	Dịch Vụ Nhạy Cảm Ngoài các dịch vụ được mô tả trong “Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình” và “Kiểm tra sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)” trong Bảng Quyền Lợi này, chúng tôi còn đài thọ cho các Dịch Vụ Nhạy Cảm như chăm sóc sau xâm hại tình dục, xét nghiệm và tư vấn thai kỳ và dịch vụ phá thai tại phòng khám. Với dịch vụ xét nghiệm mang thai, kế hoạch hóa gia đình, hay biện pháp ngừa thai, hoặc dịch vụ về các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bác sĩ hay phòng khám không cần phải thuộc mạng lưới của Kaiser Permanente. Quý vị có thể chọn bất kỳ nhà cung cấp Medi-Cal nào và đến thăm khám với họ mà không cần giấy giới thiệu hay sự cho phép trước. Để được trợ giúp tìm nhà cung cấp Medi-Cal bên ngoài mạng lưới Kaiser Permanente, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch Vụ Nhạy Cảm (tiếp theo) Các dịch vụ không liên quan đến Dịch Vụ Nhạy Cảm từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể không được đài thọ. Để được trợ giúp tìm bác sĩ hoặc phòng khám cung cấp những dịch vụ này hoặc để được trợ giúp về phương tiện chuyên chở đưa đến nơi cung cấp những dịch vụ này, quý vị có thể gọi Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể gọi đến Đường Dây Đặt Hẹn và Tư Vấn để trò chuyện với chuyên gia y tế được cấp phép, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	
	Sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và viêm gan B. Các xét nghiệm sàng lọc này được chi trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI). Bác sĩ chăm sóc chính phải chỉ định thực hiện xét nghiệm. Chúng tôi đài thọ cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hay ở một số thời điểm nhất định trong thời kỳ mang thai. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực diện cường độ cao mỗi năm cho những người trưởng thành hoạt động tình dục có nhiều nguy cơ mắc STI. Mỗi buổi có thể dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa chỉ khi được bác sĩ chăm sóc chính cung cấp. Các buổi tư vấn này phải ở trong môi trường chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng khám của bác sĩ.	$0
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) Để xem định nghĩa về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem **Chương 12**. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và có thể cả các dịch vụ khác không được liệt kê tại đây (không yêu cầu phải nằm viện trước đó): • phòng bán riêng tư hoặc phòng riêng tư nếu cần thiết về mặt y tế **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày cho mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo) • bữa ăn, bao gồm những chế độ ăn uống đặc biệt • các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn • vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ • các loại thuốc mà quý vị nhận được bao gồm trong chương trình chăm sóc của quý vị, bao gồm các chất có mặt tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu • máu, bao gồm cả lưu trữ và truyền máu • vật tư y tế và phẫu thuật do các cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) cung cấp • các xét nghiệm được thực hiện tại các cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) • Dịch vụ chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác do các cơ sở điều dưỡng cung cấp • các trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp Quý vị thường được chăm sóc SNF tại các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số điều kiện nhất định, quý vị có thể được chăm sóc tại một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại những nơi sau nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi: • một cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống trước khi đến bệnh viện (miễn là nơi đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị sống tại thời điểm quý vị xuất viện	**Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau trong mỗi thời kỳ hưởng quyền lợi. • **$0** cho các ngày 1–20. • **$221** cho các ngày 21–100. Thời kỳ hưởng quyền lợi bắt đầu vào ngày đầu tiên quý vị tới 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 SNF nào trong 60 ngày theo lịch liên tục.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Cai thuốc lá và cai sử dụng các sản phẩm thuốc lá Tư vấn cai thuốc lá và cai sử dụng các sản phẩm thuốc lá được đài thọ cho bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nội trú đáp ứng các tiêu chí sau: • sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không • có năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn • một bác sĩ có trình độ hoặc chuyên viên y tế được Medicare công nhận khác sẽ cung cấp dịch vụ tư vấn Chúng tôi đài thọ cho hai lần cai thuốc lá mỗi năm (mỗi lần có thể bao gồm tối đa bốn buổi tư vấn mức độ trung bình hoặc chuyên sâu, với tổng số tối đa tám buổi mỗi năm).	$0
	Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính – chỉ dành cho hội viên tại Miền Nam California** Quyền Lợi Thực Phẩm Lành Mạnh là Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính, dành cho tất cả hội viên tại Miền Nam California đáp ứng các tiêu chí. Hội viên đủ điều kiện mắc một số bệnh mãn tính nhất định và đáp ứng các tiêu chí cụ thể sẽ có thể sử dụng khoản trợ cấp OTC hàng quý để mua các loại thực phẩm được phê duyệt, chẳng hạn như rau củ quả, trực tuyến và tại các cửa hàng bán lẻ tham gia chương trình. Danh sách thực phẩm được phê duyệt có thể thay đổi. Thẻ của quý vị sẽ được nạp lại tiền vào ngày 1 tháng 1, ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và ngày 1 tháng 10. Bất kỳ phần nào chưa sử dụng trong mức trợ cấp hàng quý sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo. Chi phí cho các hạng mục thực phẩm đủ điều kiện sẽ được đài thọ lên đến số dư khả dụng trên thẻ của quý vị. Nếu vẫn còn số tiền phải trả, quý vị phải sử dụng hình thức thanh toán khác. Các khoản phí và yêu cầu về giá trị đơn hàng tối thiểu khác nhau tùy theo từng nhà bán lẻ. Vui lòng xem kỹ thông tin về các khoản phí trên trang thanh toán trước khi đặt hàng trực tuyến. Quý vị sẽ được yêu cầu nhập phương thức thanh toán khác cho các khoản tiền boa, phí hoặc các mục không được đài thọ, nếu có. ***Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau***	**Hội viên ở Miền Nam California:** Nếu đủ tiêu chuẩn nhận SSBCI, quý vị cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp OTC hàng quý được mô tả trong hàng “Thuốc không kê toa (OTC)” của Bảng Quyền Lợi này để mua thực phẩm lành mạnh. Quý vị có thể quyết định cách sử dụng khoản trợ cấp trong thẻ Healthy Extras của mình để mua các mặt hàng OTC và thực phẩm lành mạnh. **Không được đài thọ cho hội viên tại Miền Bắc California.**

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính – chỉ dành cho hội viên tại Miền Nam California (tiếp theo) Quyền lợi này chỉ dành cho các hội viên tại Miền Nam California được chương trình xác định là đáp ứng các tiêu chí hội đủ điều kiện nhận quyền lợi và mắc các bệnh trạng sau: • Rối loạn mãn tính do sử dụng bia rượu và các rối loạn khác do sử dụng chất gây nghiện (substance use disorder, SUD) • Rối loạn tự miễn • Ung thư • Rối loạn tim mạch • Suy tim mãn tính • Chứng mất trí • Bệnh tiểu đường • Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa • Bệnh đường tiêu hóa mãn tính • Bệnh thận mãn tính (chronic kidney disease, CKD) • Rối loạn huyết học nghiêm trọng • HIV/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS) • Rối loạn phổi mãn tính • Rối loạn sức khỏe tâm thần mãn tính và gây tàn tật • Rối loạn thần kinh • Đột quỵ • Chăm sóc sau ghép tạng • Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức • Các tình trạng gây khó khăn về chức năng và đòi hỏi các dịch vụ hỗ trợ tương tự • Các bệnh trạng mãn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác • Các tình trạng đòi hỏi dịch vụ trị liệu liên tục để cá nhân duy trì hoặc giữ khả năng hoạt động **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính – chỉ dành cho hội viên tại Miền Nam California (tiếp theo) **Cách sử dụng thẻ Healthy Extras của quý vị** Để kích hoạt thẻ của quý vị, vui lòng gọi số 1-833-524-7035 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, từ 5 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (Pacific Standard Time, PST), sau đó cung cấp số thẻ và ID hội viên của quý vị. Sau khi kích hoạt thẻ, quý vị có thể bắt đầu sử dụng thẻ để dùng khoản trợ cấp của mình mua các mặt hàng được phê duyệt tại các cửa hàng bán lẻ tham gia chương trình và cửa hàng trực tuyến. Nếu đã có thẻ Healthy Extras, quý vị sẽ không nhận được thẻ mới. Vui lòng giữ lại thẻ; quyền lợi sẽ được nạp vào thẻ hiện có của quý vị. Để lập tài khoản trực tuyến, yêu cầu danh mục, xem danh sách các hạng mục đủ điều kiện, tìm cửa hàng tham gia mạng lưới, yêu cầu bồi hoàn, kiểm tra số dư và lịch sử giao dịch, mua hàng trực tuyến, gửi yêu cầu bồi hoàn hoặc thay thế thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng truy cập mybenefitscenter.com hoặc gọi số 1-833-524-7035 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, từ 5 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo PST. Nếu gặp sự cố khi sử dụng thẻ để mua một mặt hàng đủ điều kiện tại nhà bán lẻ tham gia chương trình, quý vị có thể hoàn tất giao dịch bằng một phương thức thanh toán khác và gửi yêu cầu hoàn tiền, trong đó quý vị cần cung cấp bản sao biên lai có ghi chi tiết các mặt hàng. Các yêu cầu hoàn tiền phải trải qua quy trình xét duyệt và phải được gửi trong vòng 90 ngày kể từ ngày mua hàng ghi trên chứng từ thanh toán hoặc biên lai của quý vị. Quý vị cũng có thể truy cập mybenefitscenter.com và tải ứng dụng di động OTC Network để tìm các nhà bán lẻ OTC và thực phẩm lành mạnh tham gia, tra cứu các sản phẩm đủ điều kiện, xem lại lịch sử giao dịch cũng như kiểm tra số dư thẻ. Quý vị cũng có thể sử dụng ứng dụng di động OTC tại các cửa hàng để quét mặt hàng nhằm xác định xem có đủ điều kiện mua hay không và xem số dư trước khi thanh toán. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính – chỉ dành cho hội viên tại Miền Nam California (tiếp theo) Hội viên có thể tải ứng dụng di động OTC Network trực tiếp từ iTunes App Store hoặc GooglePlay. Tìm kiếm "OTC Network" để tải xuống. Lưu ý: Bất kỳ số tiền nào chưa sử dụng sẽ bị mất khi rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. **Quyền lợi thực phẩm lành mạnh thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mãn tính. Không phải hội viên nào cũng hội đủ tiêu chuẩn. Để đủ điều kiện, hội viên phải mắc các bệnh trạng mãn tính cụ thể, chẳng hạn như bệnh tiểu đường, chứng béo phì, rối loạn tim mạch, viêm khớp xương mãn tính hoặc bệnh thận mãn tính. Có những bệnh trạng khác có thể giúp quý vị hội đủ tiêu chuẩn được hưởng quyền lợi. Không thể đảm bảo tình trạng hội đủ điều kiện được hưởng quyền lợi này chỉ dựa trên bệnh trạng của quý vị. Phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện hiện hành trước khi được cung cấp quyền lợi. Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng liên hệ với chúng tôi.	
	Liệu pháp tập thể dục có giám sát (SET) Chúng tôi sẽ thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (PAD) có triệu chứng có giấy giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi chi trả cho: • tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu SET • thêm 36 buổi theo thời gian nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải: • mỗi buổi của chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu để chữa PAD sẽ kéo dài từ 30 đến 60 phút dành cho những hội viên bị chuột rút ở chân do lưu lượng máu kém (đau chân) **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Liệu pháp tập thể dục có giám sát (SET) (tiếp theo) • trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc trong phòng khám bác sĩ • do nhân viên đủ tiêu chuẩn thực hiện, những người bảo đảm lợi ích lớn hơn tác hại và đã được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, y sĩ (PA) hoặc chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên viên y tá lâm sàng (CNS) được đào tạo về cả kỹ thuật hồi sức cơ bản lẫn nâng cao	
	Dịch vụ chuyên chở: Chuyên chở vì lý do y tế trong trường hợp không cấp cứu **Phạm vi bảo hiểm Medicare:** Khi được nhà cung cấp trong mạng lưới yêu cầu, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc vận chuyển y tế không phải trường hợp cấp cứu mà cần thiết về mặt y tế bằng xe cáng/xe chuyên dụng có giấy phép hoặc xe tải chở xe lăn đến nhà (phải ở trong phạm vi 100 dặm), cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc chuyển lên cấp chăm sóc cao hơn ngay sau khi: • một đợt nằm viện điều trị nội trú, hoặc • một số lần khám cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc khám ngoại trú tại bệnh viện. **Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal:** Quyền lợi này cho phép sử dụng dịch vụ vận chuyển y tế để nhận dịch vụ được chương trình của chúng tôi và Medicare đài thọ. Dịch vụ này có thể bao gồm: xe cứu thương, xe van chở băng-ca, xe van chở xe lăn và phối hợp với dịch vụ chuyên chở dành cho người khuyết tật. Các hình thức chuyên chở này được cho phép khi: • Nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị xác định rằng tình trạng y tế và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị di chuyển bằng xe buýt, ô tô khách, taxi hoặc các phương tiện giao thông công cộng hoặc tư nhân khác, **và** • cần được cho phép trước và quý vị sẽ cần gọi cho chương trình của mình để sắp xếp phương tiện đưa đón Để biết thông tin về cách yêu cầu dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu, hãy tham khảo **Chương 3**.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị và xin giấy giới thiệu sử dụng dịch vụ chuyên chở vì lý do y tế được Medi-Cal đài thọ.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chuyên chở: Chuyên chở không vì lý do y tế† Quyền lợi này cho phép việc chuyên chở đến các dịch vụ y tế bằng ô tô khách, taxi hoặc các phương tiện giao thông công cộng/tư nhân khác. Cần dịch vụ chuyên chở để đến nơi nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết được Medi-Cal đài thọ, bao gồm cả trường hợp đi đến các cuộc hẹn nha khoa và lấy thuốc theo toa. Dịch vụ chuyên chở cho các dịch vụ được cả Medi-Cal và Medicare đài thọ sẽ được đài thọ. Để biết thông tin về cách yêu cầu dịch vụ chuyên chở không vì lý do y tế, hãy tham khảo **Chương 3**.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị: • trường hợp không cấp cứu cần chăm sóc y tế ngay lập tức, **hoặc** • căn bệnh không lường trước được, **hoặc** • chấn thương, **hoặc** • tình trạng cần được chăm sóc ngay lập tức. Nếu cần dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp, trước tiên quý vị nên cố gắng nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới vì điều kiện thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh, hoặc việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị cần các dịch vụ cần thiết về mặt y tế ngay lập tức cho một tình trạng không lường trước được nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế). Quý vị có bảo hiểm chăm sóc khẩn cấp toàn cầu khi đi du lịch nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức vì bệnh hoặc chấn thương không lường trước được và quý vị tin tưởng một cách hợp lý rằng sức khỏe sẽ sa sút nghiêm trọng nếu trì hoãn việc điều trị cho đến khi trở lại khu vực phục vụ của chúng tôi. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	**Thăm khám tại phòng mạch** $0 **Khám tại Khoa Cấp Cứu** $0 **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau cho mỗi lần thăm khám, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp (tiếp theo)	• North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	Chăm sóc thị lực Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • một buổi khám nhãn khoa định kỳ mỗi năm	$0 Trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa mắt.
	Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương ở mắt. Ví dụ: điều trị thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa mắt. **Nếu mất bảo hiểm Medi-Cal toàn diện**, quý vị sẽ thanh toán khoản sau **cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa mắt**, tùy thuộc vào chương trình mà quý vị ghi danh tham gia: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc thị lực (tiếp theo)	• North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Đối với những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: • những người có tiền sử gia đình bị bệnh tăng nhãn áp • người mắc bệnh tiểu đường • người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • người Mỹ gốc Latinh từ 65 tuổi trở lên Đối với người mắc bệnh tiểu đường, chúng tôi chi trả cho việc sàng lọc bệnh võng mạc do tiểu đường mỗi năm một lần.	$0 Các hội viên ở Miền Nam California vui lòng trao đổi với nhà cung cấp để nhận giấy giới thiệu.
	Kính mắt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể: Chúng tôi chi trả cho các hạng mục sau: • Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cặp kính hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ đặt thấu kính nội nhãn. • Nếu quý vị trải qua hai lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận được một cặp kính sau mỗi lần phẫu thuật. Quý vị không thể nhận được hai cặp kính sau lần phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị chưa nhận được một cặp kính sau lần phẫu thuật đầu tiên. • Tròng kính/gọng kính điều chỉnh thị lực (và các sản phẩm thay thế) cần thiết sau khi phẫu thuật loại bỏ đục thủy tinh thể mà không cấy ghép thủy tinh thể nhân tạo **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. **Lưu ý:** Nếu kính mắt quý vị mua có giá cao hơn số tiền Medicare đài thọ, quý vị sẽ phải trả khoản chênh lệch.

Dịch vụ được đài thọ	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc thị lực (tiếp theo) **Kính mắt và kính áp tròng:** Cứ 12 tháng một lần, chúng tôi sẽ cấp một khoản trợ cấp để quý vị dùng vào giá mua mắt kính tại cơ sở mắt kính thuộc chương trình khi bác sĩ hoặc bác sĩ đo thị lực kê toa kính đeo mắt hoặc kính áp tròng để điều chỉnh thị lực. Trợ cấp này có thể được dùng cho những món đồ sau đây: • Tròng kính mắt khi nhà cung cấp trong mạng lưới lắp tròng kính vào gọng kính • Gọng kính mắt khi nhà cung cấp trong mạng lưới lắp hai tròng kính (trong đó ít nhất một tròng phải có độ khúc xạ) vào gọng kính • Kính áp tròng, lắp và điều chỉnh Chúng tôi sẽ không cung cấp khoản trợ cấp nếu trong vòng 12 tháng trước đó, chúng tôi đã cung cấp khoản trợ cấp cho (hoặc chi trả theo hình thức khác cho) tròng kính hoặc gọng kính. Trợ cấp này chỉ có thể được sử dụng vào thời điểm mua ban đầu. Nếu quý vị không sử dụng hết khoản trợ cấp tại thời điểm mua hàng ban đầu, quý vị không thể sử dụng phần còn lại sau đó. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. Quý vị trả $0 cho đến khi sử dụng hết mức trợ cấp của chương trình: • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500** • South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350** • North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350** • North P24 – **$350** • North P25 – **$350** Nếu kính mắt quý vị mua có giá cao hơn mức trợ cấp cho chương trình của mình, **quý vị phải trả phần chênh lệch.**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc thị lực (tiếp theo) **Tròng kính thay thế:** Nếu độ kính theo toa của quý vị thay đổi ít nhất 0.50 đi-ốp ở một hoặc cả hai mắt trong vòng 12 tháng kể từ thời điểm mua tròng kính hoặc kính áp tròng ban đầu mà chúng tôi đã trợ cấp (hoặc đài thọ), chúng tôi sẽ cung cấp một khoản trợ cấp đối với giá mua của một hạng mục thay thế cùng loại (tròng kính, hoặc kính áp tròng, dịch vụ đo lắp và cấp kính) cho mắt có độ thay đổi là 0.50 đi-ốp. Mức trợ cấp đối với một trong những tròng kính thay thế này là **$30** cho một tròng kính một tiêu cự hoặc cho một kính áp tròng (bao gồm cả dịch vụ đo lắp và cấp kính) và **$45** cho tròng kính đa tiêu cự hoặc tròng kính dạng thấu kính.	Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. Nếu tròng kính quý vị mua có giá cao hơn khoản trợ cấp **$30** đối với tròng kính đơn tiêu hoặc **$45** đối với tròng kính đa tiêu hoặc tròng kính dạng thấu kính, **quý vị phải thanh toán phần chi phí vượt quá khoản trợ cấp.**
	Kính áp tròng đặc biệt: Chúng tôi đài thọ cho các loại kính áp tròng đặc biệt sau đây khi được bác sĩ trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới là bác sĩ đo thị lực kê toa: • Tối đa hai kính áp tròng cần thiết về mặt y tế, bao gồm dịch vụ đo lắp và cấp kính, cho mỗi mắt trong mỗi 12 tháng để điều trị chứng không mống mắt (thiếu mống mắt) • Nếu kính áp tròng (không bao gồm kính áp tròng dành cho chứng không mống mắt) giúp cải thiện đáng kể thị lực của quý vị mà tròng kính mắt không thể mang lại, chúng tôi chi trả cho một cặp kính áp tròng (bao gồm dịch vụ đo lắp và cấp kính) hoặc một lượng kính áp tròng dùng một lần ban đầu (bao gồm dịch vụ đo lắp và cấp kính), không quá một lần trong mỗi 12 tháng. • Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không đài thọ cho bất kỳ kính áp tròng nào nếu trong vòng 12 tháng trước đó, chúng tôi đã cung cấp khoản trợ cấp cho (hoặc đài thọ theo hình thức khác cho) kính áp tròng, không bao gồm kính áp tròng được chi trả để điều trị chứng không mống mắt **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc thị lực (tiếp theo) **Tròng kính mắt theo phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị:** Kính mắt hoàn chỉnh (gọng kính và tròng kính): Medi-Cal đài thọ cho một cặp kính mắt hoàn chỉnh sau mỗi 24 tháng khi có toa kính hợp lệ với độ khúc xạ ít nhất là 0.75 đi-ốp. **Tròng kính mắt:** Chúng tôi sẽ đặt kính đeo mắt mới hay thay thế cho quý vị từ nhà cung cấp tròng kính cho kính đeo mắt của DHCS. Nếu nhà cung cấp của DHCS không thể cung cấp cho quý vị tròng kính mà quý vị cần, chúng tôi sẽ thu xếp để tròng kính của quý vị được làm tại một phòng kính khác. Quý vị sẽ không phải trả thêm nếu chúng tôi phải thu xếp vì nhà cung cấp của DHCS không thể làm tròng kính cho quý vị. Nếu quý vị muốn sử dụng tròng kính mắt hoặc các tính năng không được Medi-Cal đài thọ, quý vị có thể phải trả thêm phí cho những nâng cấp đó. **Gọng Kính Mắt:** Chúng tôi đài thọ gọng kính mới hoặc thay thế có giá từ **$80** trở xuống. Nếu quý vị chọn gọng kính trị giá cao hơn **$80**, quý vị sẽ phải trả phần tiền chênh lệch giữa tiền mua gọng kính đó và **$80**. **Mắt kính thay thế trong vòng 24 tháng:** Chúng tôi đài thọ mắt kính thay thế nếu độ kính theo toa của quý vị thay đổi ít nhất 0.50 đi-ốp hoặc mắt kính của quý vị bị mất, mất cắp hoặc vỡ (không thể sửa được) và đó không phải là lỗi của quý vị. Quý vị phải viết giấy giải thích cho chúng tôi biết vì sao mắt kính của quý vị bị mất, mất cắp hoặc vỡ. Gọng thay thế sẽ có cùng kiểu như gọng cũ (trị giá tối đa **$80**) nếu quý vị có cặp kính cũ chưa quá 24 tháng kể từ khi nhận kính. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu. Nếu quý vị muốn sử dụng tròng kính mắt hoặc các tính năng không được Medi-Cal đài thọ, quý vị **có thể phải trả thêm phí cho những nâng cấp đó.**

Dịch vụ được đài thọ		Số tiền quý vị trả
	Chăm sóc thị lực (tiếp tục) **Thiết bị hỗ trợ thị lực kém:** Chúng tôi cũng đài thọ các thiết bị hỗ trợ thị lực kém theo Medi-Cal khi đáp ứng các điều kiện sau: • Thị lực được điều chỉnh tốt nhất là 20/60 hay nặng hơn ở con mắt khỏe hơn, hoặc có hạn chế tầm nhìn của một con mắt đến 10 độ hay thấp hơn từ điểm cố định • Tình trạng gây suy giảm thị lực là mãn tính và không thể cải thiện bằng phương pháp điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật • Tình trạng thể chất và tinh thần của người nhận ở mức có thể dự đoán hợp lý rằng phương tiện hỗ trợ sẽ được sử dụng để tăng cường chức năng hàng ngày của người nhận Phạm vi bảo hiểm được giới hạn đối với những thiết bị có chi phí thấp nhất và đáp ứng được nhu cầu của Hội Viên. Bảo hiểm Medi-Cal không bao gồm các thiết bị khuếch đại điện tử và những thiết bị mà không gắn tròng kính để sử dụng với con mắt đó.	$0 Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để nhận giấy giới thiệu.
	Thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare" Chúng tôi đài thọ cho một lần thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare". Lần thăm khám này bao gồm: • đánh giá sức khỏe của quý vị, • giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm cả khám sàng lọc và tiêm ngừa (hoặc vắc-xin)), **và** • giới thiệu các dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. **Lưu ý:** Chúng tôi đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare" chỉ trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị hẹn lịch, hãy cho văn phòng của bác sĩ biết quý vị muốn hẹn lịch thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare".	$0

E. Hỗ Trợ Cộng Đồng

Quý vị có thể nhận được hỗ trợ theo Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân của mình. Hỗ Trợ Cộng Đồng là dịch vụ hoặc cơ sở thay thế phù hợp và hiệu quả về chi phí cho những người được đài thọ theo Chương Trình Medi-Cal Tiểu Bang. Những dịch vụ này không bắt buộc đối với các hội viên. Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Chúng không thay thế quyền lợi mà quý vị nhận được trong Medi-Cal.

Sau đây là một số ví dụ về các dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng. Những dịch vụ này chỉ được cung cấp ở một số khu vực. Không phải tất cả Hội Viên đều đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng. Để đủ tiêu chuẩn, quý vị phải đáp ứng các tiêu chí cụ thể.

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện
Chuyển Tiếp Sang Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt (ALF)	Các dịch vụ này hỗ trợ cá nhân sống tại cộng đồng và/hoặc tránh phải vào cơ sở chăm sóc tập trung. Mục tiêu của dịch vụ này là hỗ trợ chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng, giống như ở nhà và/hoặc tránh việc phải vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn đối với những Hội Viên sắp có nhu cầu nhận mức độ chăm sóc như tại cơ sở điều dưỡng.	Hội viên: • Đã sống tại cơ sở điều dưỡng từ 60 ngày trở lên, có nguyện vọng chuyển sang cơ sở hỗ trợ sinh hoạt (assisted living facility, ALF) và có khả năng sống an toàn tại ALF; **hoặc** • Đang sống tại cộng đồng, muốn tiếp tục sống tại cộng đồng, có khả năng sống an toàn tại ALF và cần mức độ chăm sóc như tại cơ sở điều dưỡng, nhưng lựa chọn nhận các dịch vụ đó tại ALF thay vì chuyển đến cơ sở điều dưỡng
Điều Trị Bệnh Suyễn	Quyền lợi này bao gồm các chỉnh sửa về mặt vật chất trong môi trường nhà ở nhằm đảm bảo sức khỏe, phúc lợi và sự an toàn của cá nhân, hoặc giúp cá nhân đó sinh hoạt tại nhà và giảm nguy cơ lên cơn suyễn cấp tính.	Hội viên đã được đánh giá tác nhân gây suyễn tại nhà trong 12 tháng qua theo quyền lợi Dịch Vụ Phòng Ngừa Bệnh Suyễn (Asthma Preventive Services, APS) nêu trong Bảng Quyền Lợi

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện
Dịch Vụ Chuyển Tiếp về Cộng Đồng hoặc Gia Đình	Dịch vụ này bao gồm các chi phí sắp xếp đột xuất cho những người đang chuyển từ một cơ sở được cấp phép sang một môi trường sống tại nhà riêng nơi người này trực tiếp chịu trách nhiệm chi trả các chi phí sinh hoạt riêng của mình.	Hội viên: • hiện đang nhận Mức Độ Chăm Sóc như tại cơ sở điều dưỡng cần thiết về mặt y tế và lựa chọn chuyển về nhà để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc; **và** • đã cư trú hơn 60 ngày tại cơ sở điều dưỡng và/hoặc môi trường Chăm Sóc Phục Hồi Sức Khỏe; **và** • Có nguyện vọng chuyển về sống tại cộng đồng; **và** • Có thể cư trú an toàn trong cộng đồng với những dịch vụ và hỗ trợ thích hợp, hiệu quả chi phí
Luyện Tập Chức Năng Ban Ngày	Những dịch vụ này được cung cấp tại nhà của một cá nhân hoặc tại một địa điểm ngoài nhà, không phải cơ sở. Những chương trình Phục Hồi Chức Năng Ban Ngày được thiết kế để hỗ trợ cá nhân này đạt được, giữ lại và cải thiện các kỹ năng sống, giao tiếp và thích nghi, cần thiết để sinh sống thành công tại môi trường sống tự nhiên của người đó.	Hội viên: • hiện vô gia cư; **hoặc** • đã không còn vô gia cư và đã có nhà ở trong 24 tháng qua; **hoặc** • có nguy cơ bị vô gia cư hoặc được đưa vào cơ sở chăm sóc tập trung và có thể ổn định chỗ ở hơn nếu tham gia vào một chương trình phục hồi chức năng ban ngày

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện
Điều Chỉnh Khả Năng Tiếp Cận Môi Trường (Sửa Sang Nhà Cửa)	Những dịch vụ này bao gồm những điều chỉnh cho ngôi nhà mà cần thiết để bảo đảm sức khỏe, sự an vui và an toàn của một người, hoặc giúp người đó hoạt động độc lập hơn trong ngôi nhà và nếu không có những điều chỉnh đó người tham gia sẽ phải được đưa vào sống trong cơ sở lưu trú.	Hội viên có nguy cơ được đưa vào sống trong cơ sở điều dưỡng.
Tiền Đặt Cọc Nhà Ở	Những dịch vụ này hỗ trợ xác định, điều phối, bảo đảm hoặc chi trả cho các dịch vụ và điều chỉnh được thực hiện một lần, cần thiết để giúp cá nhân xây dựng một gia đình cơ bản, và không bao gồm tiền ăn ở.	Hội viên: • đáp ứng định nghĩa của Bộ Gia Cư và Phát Triển Đô Thị (Housing and Urban Development, ‘‘HUD”) về tình trạng vô gia cư hay nguy cơ rơi vào tình trạng vô gia cư và một hoặc nhiều yếu tố rủi ro lâm sàng; **hoặc** • được xác định đủ điều kiện nhận dịch vụ Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Trong Giai Đoạn Chuyển Tiếp; **hoặc** • được ưu tiên bố trí một chỗ ở có hỗ trợ lâu dài hoặc được ưu tiên tiếp cận nguồn hỗ trợ tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Điều Phối Tiếp Nhận dành cho người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự cũng đủ điều kiện

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện
Dịch Vụ Thuê và Duy Trì Nhà Ở	Những dịch vụ này bao gồm các dịch vụ hỗ trợ thuê và duy trì nhà ở, với mục tiêu duy trì việc thuê nhà an toàn và ổn định một khi nhà ở được bảo đảm.	Hội viên: • đáp ứng định nghĩa của Bộ Gia Cư và Phát Triển Đô Thị (Housing and Urban Development, "HUD") về tình trạng vô gia cư hay nguy cơ rơi vào tình trạng vô gia cư và một hoặc nhiều yếu tố rủi ro lâm sàng; **hoặc** • được xác định đủ điều kiện nhận dịch vụ Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Trong Giai Đoạn Chuyển Tiếp; **hoặc** • được ưu tiên bố trí một chỗ ở có hỗ trợ lâu dài hoặc được ưu tiên tiếp cận nguồn hỗ trợ tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Điều Phối Tiếp Nhận dành cho người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự
Dịch Vụ Chuyển Tiếp/Định Hướng Nhà Ở	Những dịch vụ này hỗ trợ hội viên có được nhà ở và bao gồm việc tiến hành kiểm tra sàng lọc người thuê nhà và đánh giá nhà ở, kế hoạch hỗ trợ nhà ở cá nhân và bảo đảm nhà ở.	Hội viên: • đáp ứng định nghĩa của Bộ Gia Cư và Phát Triển Đô Thị (Housing and Urban Development, "HUD") về tình trạng vô gia cư hay nguy cơ rơi vào tình trạng vô gia cư và một hoặc nhiều yếu tố rủi ro lâm sàng; **hoặc** • được xác định đủ điều kiện nhận dịch vụ Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Trong Giai Đoạn Chuyển Tiếp; **hoặc**

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện
		• được ưu tiên bố trí một chỗ ở có hỗ trợ lâu dài hoặc được ưu tiên tiếp cận nguồn hỗ trợ tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Điều Phối Tiếp Nhận dành cho người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự cũng đủ điều kiện
Bữa Ăn Phù Hợp Về Mặt Y Tế/Thực Phẩm Hỗ Trợ Điều Trị Y Tế	Những dịch vụ này bao gồm 1) Bữa Ăn Phù Hợp Về Mặt Y Tế được cung cấp cho hội viên tại nhà, đáp ứng nhu cầu ăn uống đặc biệt của những người bị tiểu đường mãn tính, được điều chỉnh cho phù hợp bởi chuyên gia dinh dưỡng được chứng nhận; và/hoặc 2) Dịch vụ thực phẩm và dinh dưỡng hỗ trợ về mặt y tế.	Hội viên mắc bệnh lý nghiêm trọng hoặc mãn tính nhạy cảm với chế độ dinh dưỡng.
Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân và Nội Trợ	Những dịch vụ này hỗ trợ các Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày (Activities of Daily Living, "ADL") và hỗ trợ trong các Hoạt Động Sinh Hoạt Phức Tạp Hàng Ngày (Instrumental Activities of Daily Living, "IADL").	Hội viên: • có nguy cơ phải nhập viện hoặc được đưa vào cơ sở điều dưỡng; **hoặc** • suy giảm chức năng và không có đủ hệ thống hỗ trợ khác; **hoặc** • được chấp thuận Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia
Chăm Sóc Phục Hồi (Chăm Sóc Thay Thế Y Tế)	Những dịch vụ này bao gồm dịch vụ chăm sóc lưu trú ngắn hạn cho những người không còn cần nằm viện, nhưng vẫn cần dịch vụ để bình phục từ một chấn thương hay căn bệnh và bệnh trạng của họ sẽ trở nặng nếu ở trong môi trường sống không ổn định.	Hội viên: • cần thời gian phục hồi để hồi phục chấn thương hoặc bệnh lý; **và** • đáp ứng định nghĩa của HUD về tình trạng vô gia cư hay nguy cơ rơi vào tình trạng vô gia cư

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện
Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế	Những dịch vụ này được cung cấp trong thời gian ngắn do sự vắng mặt hoặc nhu cầu nghỉ ngơi của những người thường chăm sóc và/hoặc giám sát họ và không mang tính y tế. Dịch vụ này khác với dịch vụ chăm sóc dưỡng bệnh/phục hồi và chỉ để cho người chăm sóc được nghỉ ngơi.	Hội viên sống tại cộng đồng, bị hạn chế khả năng thực hiện các Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày ("ADL") và phụ thuộc vào người chăm sóc đủ điều kiện — người hỗ trợ và cần thời gian nghỉ ngơi để giúp hội viên không phải vào cơ sở chăm sóc tập trung.
Trung Tâm Cai Nghiện	Những cơ sở này là điểm đến thay thế cho những người được tìm thấy ngộ độc ở nơi công cộng và nếu không được chở đến khoa cấp cứu hay nhà giam. Các trung tâm cai nghiện cung cấp cho những người này, chủ yếu những người vô gia cư hay những người có hoàn cảnh sống không ổn định, một môi trường an toàn, hỗ trợ để cai nghiện.	Hội viên: • từ 18 tuổi trở lên; **và** • bị say/ngộ độc chất nhưng còn tỉnh táo, hợp tác, có thể tự đi lại, không bạo lực và không có dấu hiệu nguy cấp y tế (bao gồm các triệu chứng cai nghiện nguy hiểm đến tính mạng hoặc các triệu chứng tiềm ẩn rõ rệt); **và** • nếu không, họ sẽ được chở đến khoa cấp cứu hay nhà giam; **hoặc** • đã có mặt tại khoa cấp cứu và phù hợp để được chuyển đến một Trung Tâm Cai Nghiện

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Mô tả	Ai có thể đủ điều kiện

Trợ Cấp Thuê Nhà Trong Giai Đoạn Chuyển Tiếp	Hỗ trợ tiền thuê nhà trong tối đa 6 tháng tại nơi ở tạm thời hoặc lâu dài.	Hội viên:
		• có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ lâm sàng đủ tiêu chuẩn; **và**
		• đáp ứng định nghĩa của HUD về tình trạng vô gia cư hay nguy cơ rơi vào tình trạng vô gia cư; **và**
		• đang trong quá trình chuyển tiếp từ một trong hai môi trường đủ tiêu chuẩn:
		  ○ đang trong quá trình chuyển ra khỏi cơ sở chăm sóc tập trung hoặc nội trú tập thể
		  ○ đang trong quá trình chuyển ra khỏi môi trường giam giữ

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu những dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng nào có thể dành cho mình, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), hoặc trao đổi với điều phối viên chăm sóc của quý vị.

F. Quyền lợi được đài thọ bên ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không đài thọ các dịch vụ sau đây, nhưng các dịch vụ này được cung cấp thông qua chương trình Medi-Cal trả phí theo dịch vụ.

F1. Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)

Chương trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT) sử dụng các Tổ Chức Đầu Mối tại địa phương để giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện, đã sống tại một cơ sở điều trị nội trú ít nhất 60 ngày liên tục, chuyển trở lại môi trường cộng đồng và tiếp tục sinh sống an toàn tại đó. Chương trình CCT tài trợ các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn trước khi chuyển tiếp và trong 365 ngày sau khi chuyển tiếp để hỗ trợ người thụ hưởng trở lại sinh sống trong môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ Chức Đầu Mối CCT nào phục vụ quận nơi quý vị sinh sống. Quý vị có thể tìm danh sách các Tổ Chức Đầu Mối CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang web của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

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

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

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

Trong thời gian quý vị nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi tại **Mục D**.

Không thay đổi về quyền lợi đài thọ thuốc

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

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

F2. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa nhất định được cung cấp thông qua Medi-Cal Dental. Thông tin thêm có trên trang web smilecalifornia.org. Medi-Cal Dental bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

- khám sơ bộ, chụp X-quang, vệ sinh, trám bít và điều trị florua
- phục hình và mão răng
- điều trị lấy tủy răng
- hàm giả bán phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm

Để biết thêm thông tin về các quyền lợi nha khoa có ở Medi-Cal Dental, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên lạc với đường dây của bộ phận dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi số 1-800-735-2922). Cuộc gọi này được miễn phí. Các đại diện của Medi-Cal Dental sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web smilecalifornia.org để biết thêm thông tin.

Tại các quận Sacramento và Los Angeles, quý vị có thể nhận quyền lợi nha khoa Medi-Cal thông qua chương trình Chăm Sóc Nha Khoa Có Quản Lý (Dental MC). Nếu muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa Medi-Cal hoặc muốn thay đổi chương trình nha khoa, quý vị hãy liên lạc với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Thông tin liên hệ của Dental MC contacts cũng có tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

F3. Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Gia (IHSS)

- Chương Trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã ghi danh về các dịch vụ cung cấp cho quý vị, để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn tại chính nhà mình. IHSS được coi là một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc ngoài nhà, như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc và ăn ở.

- Để nhận được dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ nào có thể được cấp phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt ủi, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (như chăm sóc ruột và bàng quang, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), đi cùng quý vị đến các cuộc hẹn khám bệnh và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ.

- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị. Thông tin liên hệ của quận nơi quý vị cư trú có trong **Chương 2**, **Mục I** hoặc tại https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

F4. 1915(c) Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Trong Cộng Đồng (HCBS)

Chương Trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Sống (ALW)

- Chương Trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Sống (ALW) cung cấp cho những người thụ hưởng đủ điều kiện tham gia Medi-Cal lựa chọn cư trú trong môi trường hỗ trợ sinh hoạt thay thế cho việc vào cơ sở điều dưỡng dài hạn. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển người thụ hưởng từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng, giống như ở nhà, hoặc phòng tránh việc phải vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn đối với những người thụ hưởng sắp có nhu cầu vào cơ sở điều dưỡng.

- Các hội viên đã ghi danh vào ALW có thể tiếp tục ghi danh vào ALW đồng thời cũng nhận được quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với Cơ Quan Điều Phối Chăm Sóc ALW của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.

- ALW hiện chỉ được cung cấp tại các quận sau: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara và Sonoma.

- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký ALW. Danh sách các cơ quan Điều Phối Chăm Sóc ALW có thể được tìm thấy trên trang web sau: https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

Chương Trình Miễn Trừ HCBS cho Người Dân California bị Khuyết Tật Phát Triển (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

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

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

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

- Chương Trình Miễn Trừ HCBA cung cấp các dịch vụ quản lý chăm sóc cho những người có nguy cơ phải vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc. Các dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi Nhóm Quản Lý Chăm Sóc đa ngành bao gồm y tá và nhân viên xã hội. Nhóm điều phối các dịch vụ Miễn Trừ và Chương Trình Tiểu Bang (như y tế, sức khỏe hành vi, Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, v.v.), đồng thời sắp xếp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn khác có sẵn trong cộng đồng địa phương. Các dịch vụ quản lý chăm sóc và Chương Trình Miễn Trừ sẽ được cung cấp tại nơi cư trú cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể thuộc sở hữu tư nhân, được bảo đảm thông qua thỏa thuận cho người thuê thuê nhà hoặc là nơi cư trú của thành viên gia đình người tham gia.

- Các hội viên đã ghi danh Chương Trình Miễn Trừ HCBA có thể tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Miễn Trừ HCBA đồng thời vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan chương trình miễn trừ HCBA của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.

- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký HCBA. Danh sách các Cơ Quan Miễn Trừ HCBA có thể được tìm thấy trên trang web sau:
  Chương Trình Miễn Trừ Thay Thế Tại Nhà và Tại Cộng Đồng | DHCS

Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (MCWP)

- Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) cung cấp dịch vụ quản lý trường hợp toàn diện và dịch vụ chăm sóc trực tiếp cho những người nhiễm HIV như một giải pháp thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý trường hợp là hình thức chăm sóc theo đội ngũ, lấy người tham gia làm trung tâm bao gồm một y tá đã đăng ký và nhân viên quản lý trường hợp công tác xã hội. Các nhân viên quản lý trường hợp làm việc với người tham gia và (các) nhà cung cấp chăm sóc chính, gia đình, người chăm sóc và các nhà cung cấp dịch vụ khác, để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ người tham gia ở nhà và cộng đồng của họ.

- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp các dịch vụ tại nhà và cộng đồng cho những người nhiễm HIV, là những người có thể cần các dịch vụ tại cơ sở; (2) hỗ trợ người tham gia quản lý sức khỏe HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ sức khỏe hành vi và xã hội và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ các dịch vụ trùng lặp.

- Các hội viên đã ghi danh Chương Trình Miễn Trừ MCWP có thể tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Miễn Trừ MCWP đồng thời vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan chương trình miễn trừ MCWP của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.

- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký MCWP. Danh sách các cơ quan phụ trách chương trình miễn trừ MCWP có thể được tìm thấy trên trang web sau: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

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

- Chương Trình Dịch Vụ Dành Cho Người Cao Niên Đa Mục Đích (MSSP) cung cấp cả dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe và xã hội để hỗ trợ các cá nhân ở lại ngôi nhà và cộng đồng của họ.

- Mặc dù hầu hết những người tham gia chương trình cũng nhận được Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, MSSP cung cấp điều phối dịch vụ chăm sóc liên tục, liên kết những người tham gia với các nguồn hỗ trợ và dịch vụ cộng đồng cần thiết khác, phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết không có sẵn để ngăn chặn hoặc trì hoãn việc đưa vào cơ sở chăm sóc sức khỏe. Tổng chi phí kết hợp hàng năm cho việc quản lý dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí nhận được dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

- Một nhóm các chuyên gia y tế và dịch vụ xã hội cung cấp cho mỗi người tham gia MSSP một bản đánh giá sức khỏe và tâm lý xã hội đầy đủ để xác định các dịch vụ cần thiết. Sau đó, nhóm làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ và những người khác để phát triển một chương trình chăm sóc cá nhân. Các dịch vụ bao gồm:
  - quản lý chăm sóc
  - chăm sóc ban ngày cho người lớn
  - sửa chữa/bảo trì nhà ở mức độ nhẹ
  - các dịch vụ bổ sung tại nhà về hỗ trợ việc nhà, chăm sóc cá nhân và giám sát bảo vệ
  - dịch vụ chăm sóc thay thế
  - dịch vụ chuyên chở
  - các dịch vụ tư vấn và trị liệu
  - các dịch vụ cung cấp bữa ăn
  - dịch vụ hỗ trợ liên lạc

- Các hội viên đã ghi danh Chương Trình Miễn Trừ MSSP có thể tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Miễn Trừ MSSP đồng thời vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với nhà cung cấp MSSP của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được

- Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký MSSP. Danh sách các cơ quan cung cấp dịch vụ MSSP có thể được tìm thấy trên trang web sau: aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

F5. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Được Cung Cấp Ngoài Chương Trình của Chúng Tôi (Dịch Vụ về Sức Khỏe Tinh Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được dịch vụ chăm sóc có quản lý của Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hoặc các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quận, nhưng các dịch vụ này sẽ sẵn có cho quý vị thông qua cơ quan sức khỏe hành vi của quận.

Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal do MHP của quận quý vị cung cấp bao gồm:

- các dịch vụ sức khỏe tinh thần
- dịch vụ hỗ trợ thuốc men
- dịch vụ điều trị đặc biệt ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng
- dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị nội trú dành cho người lớn
- dịch vụ điều trị khủng hoảng nội trú
- dịch vụ của cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần
- dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần
- quản lý trường hợp mục tiêu
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng, nếu có
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng, nếu có
- dịch vụ trị liệu hành vi
- dịch vụ chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời để trị liệu
- tái hòa nhập cho người có liên quan đến hệ thống tư pháp, nếu có

- điều trị tích cực tại cộng đồng (assertive community treatment, ACT)
- điều trị tích cực tại cộng đồng dành cho người có liên quan đến hệ thống tư pháp (forensic assertive community treatment, FACT), nếu có
- dịch vụ chăm sóc chuyên khoa phối hợp (coordinated specialty care, CSC) dành cho người mắc chứng rối loạn tâm thần đầu tiên (first episode psychosis, FEP), nếu có
- dịch vụ tại các trung tâm giao lưu cộng đồng, nếu có
- dịch vụ tăng cường do nhân viên y tế cộng đồng (community health worker, CHW) thực hiện, nếu có

Các dịch vụ Drug Medi-Cal (DMC) được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan sức khỏe hành vi của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận các dịch vụ này.

- dịch vụ điều trị ngoại trú tích cực
- điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện nội trú trong giai đoạn chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị lạm dụng ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng, nếu có
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng, nếu có

Các dịch vụ thuộc Hệ Thống Cung Cấp Dịch Vụ Drug Medi-Cal Có Tổ Chức (DMC-ODS) bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị ngoại trú tích cực
- dịch vụ nhập viện bán phần
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- các dịch vụ điều trị nội trú
- dịch vụ kiểm soát hội chứng cai
- chương trình điều trị lạm dụng ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng, nếu có
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng, nếu có
- dịch vụ quản lý dự phòng, nếu có
- dịch vụ điều trị nội trú

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

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

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

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

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

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

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

- chăm sóc bằng phương pháp nắn khớp xương, ngoài dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay phù hợp với các hướng dẫn về phạm vi bảo hiểm.
- chăm sóc bàn chân định kỳ, ngoại trừ trường hợp được mô tả trong “Dịch vụ điều trị bệnh về chân” tại Bảng Quyền Lợi ở **Mục D**.
- giày chỉnh hình hoặc thiết bị hỗ trợ, trừ khi giày là một bộ phận của vòng nẹp chân và được tính trong chi phí vòng nẹp, hoặc giày dành cho người mắc bệnh lý bàn chân do tiểu đường.
- phẫu thuật điều chỉnh thị lực (ví dụ: phẫu thuật LASIK).
- thủ thuật khôi phục khả năng sinh sản sau triệt sản.
- dịch vụ thuận tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế khác).
- các dịch vụ được cung cấp cho cựu chiến binh tại cơ sở của Bộ Cựu Chiến Binh (Veterans Affairs, VA). Tuy nhiên, khi cựu chiến binh nhận các dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và phần chia sẻ chi phí VA nhiều hơn phần chia sẻ chi phí theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch cho cựu chiến binh đó. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm về phần chia sẻ chi phí của mình.
- một số buổi khám và dịch vụ nhất định:
    - để có hoặc giữ việc làm
    - để có bảo hiểm
    - để lấy bất kỳ loại giấy phép hành nghề nào
    - theo lệnh của tòa án, hoặc cho tạm tha hoặc quản chế
    - trường hợp loại trừ này không áp dụng nếu một bác sĩ trong mạng lưới nhận thấy rằng các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.
- vật dụng tiện nghi hoặc tiện lợi. Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal không bao gồm thiết bị hoặc tính năng mang tính tiện nghi, tiện lợi hoặc sang trọng. Bao gồm các vật dụng với mục đích duy nhất là giúp mang lại cảm giác thoải mái hoặc tiện lợi cho hội viên, thành viên gia đình của hội viên hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của hội viên. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho máy hút sữa loại bán lẻ được cung cấp cho phụ nữ sau khi mang thai. Trường hợp loại trừ này cũng không áp dụng cho các vật dụng được chấp thuận cho quý vị theo chương trình Hỗ Trợ Cộng Đồng.
- dịch vụ hoặc thủ thuật thẩm mỹ. Trường hợp loại trừ này cũng không áp dụng cho những thủ thuật sau:
    - thủ thuật ghép tinh hoàn là một phần của giải phẫu tái tạo được đài thọ.
    - vú giả cần có sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú hoặc khối u.
    - bộ phận giả để thay thế cho một phần hoặc toàn phần của một phần khuôn mặt bên ngoài.

- vật tư dùng một lần. Bảo hiểm Medi-Cal không bao gồm những tiếp liệu dùng một lần tại nhà sau đây: băng cá nhân, gạc, băng keo, thuốc sát trùng, vải gạc băng bó và băng loại Ace. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho các vật tư dùng một lần được cung cấp trong khuôn khổ các quyền lợi sau đây được mô tả trong Bảng Quyền Lợi:
    - điều trị bằng thẩm tách/thẩm tách máu.
    - thiết bị y khoa lâu bền.
    - chăm sóc sức khỏe tại gia.
    - chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
    - nguồn tiếp liệu, dụng cụ và thiết bị y tế.
    - thuốc theo toa.
    - các bộ phận giả và tiếp liệu liên quan.
- các dịch vụ chữa vô sinh:
    - Bảo hiểm Medi-Cal không bao gồm các dịch vụ để giúp một người mang thai, kể cả dịch vụ điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo và dịch vụ hỗ trợ sinh sản bằng công nghệ. Dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản không được đài thọ theo Medi-Cal.
    - Medicare không đài thọ dịch vụ thụ thai bằng phương pháp nhân tạo, chẳng hạn như thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển giao tử vào vòi trứng, cấy ghép noãn và phương pháp chuyển giao tử vào ống dẫn trứng (ngoại trừ thụ tinh nhân tạo hay các dịch vụ liên quan được Medicare đài thọ).
- vật dụng và dịch vụ không phục vụ mục đích chăm sóc sức khỏe trừ khi chúng được chấp thuận trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị theo quyền lợi Hỗ Trợ Cộng Đồng hoặc Thiết Bị Y Khoa Lâu Bền. Ví dụ, chúng tôi không đài thọ:
    - dịch vụ giảng dạy cách cư xử và nghi thức.
    - dịch vụ giảng dạy và hỗ trợ để phát triển kỹ năng lập kế hoạch như hoạch định sinh hoạt hàng ngày và lập kế hoạch cho công việc hoặc dự án.
    - vật phẩm và dịch vụ có mục đích nâng cao kiến thức học thuật hoặc kỹ năng.
    - dịch vụ giảng dạy và hỗ trợ để tăng trí thông minh.
    - dạy học hoặc dạy kèm cho các kỹ năng như ngữ pháp, toán học và quản lý thời gian.
    - dạy quý vị biết đọc, cho dù quý vị có bị chứng khó đọc hay không.
    - trắc nghiệm giáo dục.
    - dạy mỹ thuật, khiêu vũ, cưỡi ngựa, âm nhạc, trò chơi, hoặc bơi lội, ngoại trừ quy định loại trừ này dành cho phương pháp “dạy chơi” không áp dụng cho các dịch vụ thuộc một phần của chương trình điều trị sức khỏe hành vi và được đài thọ theo chương này.
    - dạy kỹ năng để làm việc hoặc huấn nghiệp.
    - huấn nghiệp hoặc dạy kỹ năng nghề.

  - các chương trình học phát triển nghề nghiệp chuyên môn.
  - huấn luyện cho một việc làm cụ thể hoặc tư vấn về việc làm.
  - các sửa đổi đối với nhà hoặc ô tô của quý vị, trừ khi chúng là những thay đổi tạm thời được xác định là cần thiết về mặt y tế hoặc được chấp thuận để quý vị sử dụng theo Hỗ Trợ Cộng Đồng.

- phương pháp trị liệu dưới nước và những phương pháp trị liệu bằng nước khác. Trường hợp loại trừ đối với phương pháp trị liệu dưới nước và những phương pháp trị liệu bằng nước khác sẽ không áp dụng đối với các dịch vụ trị liệu nằm trong kế hoạch điều trị vật lý trị liệu, đồng thời được đài thọ như một phần của những quyền lợi sau:
  - chăm sóc sức khỏe tại gia.
  - chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
  - dịch vụ tập luyện và phục hồi chức năng.
  - dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- liệu pháp xoa bóp. Trường hợp loại trừ này sẽ không áp dụng đối với các dịch vụ trị liệu nằm trong kế hoạch điều trị vật lý trị liệu, đồng thời được đài thọ như một phần của các quyền lợi sau:
  - chăm sóc sức khỏe tại gia.
  - chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
  - dịch vụ tập luyện và phục hồi chức năng.
  - dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- dịch vụ chăm sóc cá nhân (chăm sóc sinh hoạt hàng ngày), chẳng hạn như trợ giúp thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ví dụ: đi lại, ra vào giường, tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, đi vệ sinh và dùng thuốc). Việc loại trừ này không áp dụng đối với việc hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày đã được cung cấp như một phần của phạm vi bảo hiểm theo như mô tả trong các quyền lợi sau:
  - chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ.
  - dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc dài hạn.
  - cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn/trung gian/bán cấp.
  - Hỗ Trợ Cộng Đồng.
- dịch vụ không được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm liên bang chấp thuận. Chúng tôi không đài thọ cho thuốc, thực phẩm chức năng, xét nghiệm, vắc-xin, dụng cụ, chất phóng xạ và những dịch vụ khác mà luật pháp yêu cầu Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (“FDA”) liên bang chấp thuận cho phép bán tại Hoa Kỳ nhưng không được FDA chấp thuận. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho các trường hợp sau:
  - dịch vụ được đài thọ trong phạm vi Thử Nghiệm Lâm Sàng.
  - dịch vụ được cung cấp thuộc một phần của các dịch vụ thử nghiệm được đài thọ.

- dịch vụ do người không có giấy phép thực hiện. Phạm vi bảo hiểm thường không bao gồm những dịch vụ được thực hiện một cách an toàn và hiệu quả bởi những người không cần giấy phép hành nghề hoặc giấy chứng nhận do tiểu bang cấp để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và trong trường hợp tình trạng của hội viên không đòi hỏi các dịch vụ do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có giấy phép hành nghề cung cấp. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho các dịch vụ được đài thọ sau:
    - Hỗ Trợ Cộng Đồng đã được chấp thuận cho quý vị.
    - dịch vụ trợ lý hộ sinh.
    - các dịch vụ của nhân viên y tế cộng đồng.
- dịch vụ liên quan đến dịch vụ không được đài thọ. Khi một dịch vụ không được đài thọ, tất cả các dịch vụ liên quan đến dịch vụ không được đài thọ bị loại trừ. Trường hợp loại trừ này không áp dụng cho việc điều trị các biến chứng do các dịch vụ không được đài thọ gây ra, nếu các biến chứng đó được đài thọ. Ví dụ: nếu quý vị nhận dịch vụ phẫu thuật thẩm mỹ không được đài thọ, chúng tôi sẽ không đài thọ cho các dịch vụ quý vị nhận để chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật hoặc chăm sóc theo dõi. Nếu quý vị gặp phải biến chứng đe dọa tính mạng như nhiễm trùng nghiêm trọng, trường hợp loại trừ này sẽ không được áp dụng và chúng tôi sẽ đài thọ các dịch vụ cần thiết để điều trị biến chứng, miễn là các dịch vụ đó được đài thọ theo *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 5: Nhận thuốc ngoại trú của quý vị

Giới Thiệu

Chương này giải thích các quy định về việc nhận thuốc ngoại trú của quý vị. Đây là những loại thuốc mà nhà cung cấp của quý vị đặt hàng cho quý vị từ một nhà thuốc hoặc đặt mua qua bưu điện. Chúng bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và Medi-Cal. **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này cho quý vị biết số tiền quý vị phải trả cho các loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chúng tôi cũng đài thọ các loại thuốc sau đây, mặc dù các loại thuốc này không được đề cập trong chương này:

- **Thuốc được Medicare Phần A đài thọ.** Chúng thường bao gồm các loại thuốc được cung cấp cho quý vị khi quý vịđang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được Medicare Phần B đài thọ.** Chúng bao gồm một số loại thuốc hóa trị liệu, một số loại thuốc được tiêm cho quý vị khi đến khám tại phòng khám của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác và các loại thuốc quý vịđược tiêm tại phòng khám thẩm tách. Để tìm hiểu thêm về các loại thuốc Medicare Phần B được đài thọ, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Ngoài bảo hiểm Medicare Phần D và quyền lợi y tế của chương trình, thuốc của quý vị có thể được Original Medicare đài thọ nếu quý vịđang ở trong cơ sở chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5, Mục F3** “Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận”.

Các quy định về phạm vi đài thọ thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi

Chúng tôi thường đài thọ thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân thủ các quy định trong phần này.

Quý vị phải nhờ nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc cho quý vị và toa thuốc này phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường sẽ là nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Họ cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu PCP của quý vị đã giới thiệu quý vị đến nhận dịch vụ chăm sóc.

Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Phòng Trừ Trước của Medicare hoặc bất kỳ danh sách tương tự nào của Medi-Cal.

Thường quý vị phải dùng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của quý vị. (Tham khảo **Mục A1** để biết thêm thông tin.) Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt thuốc qua đường bưu điện của chương trình.

Thuốc được kê toa cho quý vị phải có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là "*Danh Sách Thuốc*". (Tham khảo **Mục B** của chương này.)

- Nếu thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*, chúng tôi có thể đài thọ cho thuốc đó bằng cách cho quý vị một ngoại lệ.
- Tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu cách yêu cầu đưa ra ngoại lệ.
- Cũng xin lưu ý rằng việc yêu cầu đài thọ loại thuốc kê toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal.

Thuốc của quý vị phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Người kê toa của quý vị có thể giúp xác định tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc kê toa theo yêu cầu.

Thuốc của quý vị có thể cần được chương trình của chúng tôi phê duyệt dựa trên một số tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đài thọ thuốc đó. (Tham khảo **Mục C** của chương này.)

Chương 5 Mục Lục

A. Nhận thuốc theo toa của quý vị 202
A1. Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới 202
A2. Sử dụng Thẻ ID Hội Viên khi mua thuốc theo toa 202
A3. Những việc cần làm nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới 202
A4. Những việc cần làm nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới 202
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa 203
A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để nhận thuốc của quý vị 203
A7. Nhận thuốc với số lượng đủ dùng dài hạn 206
A8. Sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi 206
A9. Hoàn trả cho quý vị chi phí thuốc theo toa 207
B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình 207
B1. Các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* 207
B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* 208
B3. Các loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* 208
B4. Các bậc chia sẻ chi phí trong *Danh Sách Thuốc* 209

C. Các giới hạn đối với một số loại thuốc....210

D. Các lý do thuốc của quý vị có thể không được đài thọ....211

D1. Nhận lượng thuốc tạm thời....212

D2. Yêu cầu cấp lượng thuốc tạm thời....213

D3. Yêu cầu trường hợp ngoại lệ....213

E. Những thay đổi về phạm vi đài thọ thuốc của quý vị....214

F. Phạm vi đài thọ thuốc trong các trường hợp đặc biệt....216

F1. Tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian lưu trú được chương trình của chúng tôi đài thọ....216

F2. Tại cơ sở chăm sóc dài hạn....216

F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận....217

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc....217

G1. Các chương trình giúp quý vị dùng thuốc an toàn....217

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình....218

G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) giúp hội viên dùng thuốc opioid an toàn....219

A. Nhận thuốc theo toa của quý vị

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ thanh toán cho các thuốc theo toa được mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc đồng ý lấy các loại thuốc theo toa cho những hội viên trong chương trình. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. (Tham khảo **Mục A8** để biết thông tin về các trường hợp chúng tôi đài thọ thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

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

A2. Sử dụng Thẻ ID Hội Viên khi mua thuốc theo toa

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

Xin nhớ rằng quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Định Danh Người Thụ Hưởng (Benefits Identification Card, BIC) để nhận các loại thuốc được Medi-Cal Rx đài thọ.

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên hoặc BIC khi mua thuốc theo toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để lấy thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc khi đến nhận. Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần chi phí mà chúng tôi có trách nhiệm chi trả. **Nếu quý vị không có khả năng thanh toán tiền thuốc, hãy liên hệ ngay với Ban Dịch Vụ Hội Viên.** Chúng tôi sẽ làm mọi điều có thể để giúp đỡ quý vị.

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

A3. Những việc cần làm nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới

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

A4. Những việc cần làm nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

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

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

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi, các thuốc theo toa phải được mua tại một nhà thuốc chuyên môn. 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 người đang sinh sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, như cơ sở điều dưỡng.
    - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn sẽ có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị đang sống tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi đảm bảo rằng quý vị có thể nhận được các loại thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
    - Nếu nhà thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không có trong mạng lưới của chúng tôi hoặc quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thuốc của mình ở cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Mỹ Bản Địa (Indian Health Care Provider, IHCP). Các hội viên là Người Mỹ Bản Địa và Người Alaska Bản Địa có thể tiếp cận các nhà thuốc tại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Mỹ Bản Địa (Indian Health Care Provider, IHCP) trong phạm vi họ có nhà thuốc bán lẻ đã đăng ký. Nếu quý vị không phải là Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa, quý vị vẫn có thể nhận được dịch vụ từ nhà thuốc bán lẻ tại IHCP nếu quý vị được chỉ định đến phòng khám hoặc trong trường hợp cấp cứu.
- Các nhà thuốc cấp phát các loại thuốc bị FDA giới hạn ở một số địa điểm nhất định hoặc các loại thuốc đòi hỏi phải xử lý đặc biệt, có sự điều phối của nhà cung cấp hoặc phải được hướng dẫn cách sử dụng. (Lưu ý: Trường hợp này hiếm khi xảy ra.)
- Để tìm nhà thuốc chuyên môn, hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp,* truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để nhận thuốc của quý vị

Với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể dùng các dịch vụ đặt mua qua bưu điện thuộc mạng lưới của chúng tôi. Nói chung, các loại thuốc có sẵn để đặt mua qua bưu điện là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên do tình trạng bệnh mãn tính hoặc kéo dài. Các loại thuốc hiện có qua dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chúng tôi được đánh dấu là thuốc đặt mua qua bưu điện trên *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

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

Mua thuốc theo toa qua đường bưu điện

Để biết thông tin về việc mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, hãy đến nhà thuốc trong mạng lưới tại địa phương của quý vị hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại kp.org/refill. Quý vị có thể đặt mua thuốc theo toa theo những cách thuận tiện sau:

- Đăng ký và đặt hàng trực tuyến an toàn tại kp.org/refill.
- Gọi đến số điện thoại được ghi trên chương trình thuốc theo toa của quý vị và làm theo hướng dẫn (hãy nhớ chọn tùy chọn giao thuốc qua đường bưu điện khi được nhắc).
- Gọi đến số điện thoại dưới đây áp dụng cho chương trình của quý vị:

  Các chương trình phía Nam: 1-866-206-2983 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối

  Các chương trình phía Bắc: 1-888-218-6245 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối; Thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ tối; và Chủ Nhật, từ 9 giờ sáng đến 6 giờ tối

- Việc gửi yêu cầu mua thuốc hoặc lấy thêm thuốc theo toa qua bưu điện có tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới Kaiser Permanente.

Khi quý vị đặt mua thuốc cấp lại để giao tận nhà qua mạng, qua điện thoại hoặc bằng văn bản, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình khi đặt hàng (không tính phí vận chuyển đối với dịch vụ giao thư thông thường của USPS). 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 thuốc theo toa của mình có thể được gửi qua đường 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 đường bưu điện.

Thông thường, thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện sẽ được giao trong vòng **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 chờ thuốc theo toa được giao từ nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi, quý vị có thể nhận một lượng thuốc khẩn cấp bằng cách gọi cho nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới tại địa phương được liệt kê trong *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* hoặc tại kp.org/directory. Xin lưu ý rằng quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn nếu quý vị muốn nhận nguồn cung thuốc dùng trong 100 ngày từ nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới thay vì từ nhà thuốc đặt hàng qua thư tín của chúng tôi.

Quy trình đặt mua qua bưu điện

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

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

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

   - Điều này giúp cho quý vị có cơ hội để đảm bảo rằng nhà thuốc đang phân phối đúng loại thuốc (bao gồm cả nồng độ, số lượng và dạng thuốc), bên cạnh đó, nếu cần thiết, cho phép quý vị ngưng hoặc hoãn lại đơn đặt hàng trước khi quývị phải thanh toán hoặc trước khi đơn hàng được giao đến.

   - Hãy trả lời mỗi khi nhà thuốc liên hệ với quý vị, để cho họ biết phải làm gì với toa thuốc mới và để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc vận chuyển.

2. **Mua thêm toa thuốc bằng cách đặt mua qua bưu điện**

   Để mua 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.

   Quý vị cũng có thể lựa chọn đăng ký chương trình tự động cấp lại thuốc. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ tự động xử lý đơn thuốc tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi gửi từng đơn thuốc mua lại để đảm bảo quý vị thực sự cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy các đơn thuốc mua lại đã lên lịch nếu quý vị đã có đủ thuốc hoặc thuốc của quý vị đã thay đổi.

   Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động cấp lại thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua bưu điện gửi thuốc theo toa cho quý vị, hãy liên hệ với nhà thuốc 5 ngày trước khi lượng thuốc theo toa hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn đặt hàng của quý vị được gửi đến quý vị đúng hạn.

   Để rút khỏi chương trình tự động chuẩn bị đơn thuốc mua lại đặt mua qua bưu điện của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách:

   - Gọi đến số điện thoại dưới đây áp dụng cho chương trình của quý vị:

     Các chương trình phía Nam: 1-866-206-2983 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối

     Các chương trình phía Bắc: 1-888-218-6245 (TTY 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối; Thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ tối; và Chủ Nhật, từ 9 giờ sáng đến 6 giờ tối;

   - Truy cập trang web của chúng tôi tại kp.org/refill và làm theo các bước sau:

Xem Nhà Thuốc → Tự Động Mua Lại Thuốc → Quản Lý Tự Động Mua Lại Thuốc → Xóa thuốc này khỏi Tự Động Mua Lại Thuốc

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

A7. Nhận thuốc với số lượng đủ dùng dài hạn

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

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

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

A8. Sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi

Thông thường, chúng tôi chi trả cho thuốc được mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi quý vị không thể dùng một nhà thuốc trong mạng lưới. Trong các trường hợp này, trước tiên hãy kiểm tra với Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không.

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

- Nếu quý vị du lịch bên trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ nhưng lại ở ngoài khu vực phục vụ và quý vị bị bệnh hoặc hết các loại thuốc được đài thọ Phần D của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho các toa thuốc được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới trong những hoàn cảnh giới hạn, không theo định kỳ theo các quy định hướng dẫn trong danh mục thuốc Medicare Phần D của chúng tôi.

- Nếu quý vị cần thuốc có toa Medicare Phần D kết hợp với chăm sóc cấp cứu ngoài mạng lưới được đài thọ hay chăm sóc gấp ngoài khu vực, chúng tôi sẽ đài thọ cho một lượng 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. Các loại thuốc này không được đài thọ dưới Medicare Phần D; vì vậy, các chi trả cho các loại thuốc này không được tính vào giai đoạn đài thọ 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.

A9. Hoàn trả cho quý vị chi phí thuốc theo toa

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

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

Để tìm hiểu thêm về vấn đề này, vui lòng tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình

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

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

Thông thường, chúng tôi đài thọ một loại thuốc có trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình khi quý vị tuân thủ các quy định được giải thích trong chương này.

B1. Các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc*

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

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

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 được bán dưới tên nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Chế phẩm sinh học là loại thuốc phức tạp hơn thuốc thông thường. Trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, khi chúng tôi đề cập đến “thuốc”, có nghĩa là chúng tôi đang nói đến một loại thuốc hoặc một chế phẩm sinh học.

Thuốc gốc có cùng hoạt chất với thuốc biệt dược. Các chế phẩm sinh học có các lựa chọn thay thế gọi là thuốc sinh học tương tự. Nói chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có hiệu quả tốt như thuốc biệt dược hoặc các sản phẩm sinh học 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 gốc. Một số thuốc tương tự sinh học có thể thay thế được cho nhau và tùy thuộc vào luật của tiểu bang, có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, tương tự như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc biệt dược.

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

B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc*

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

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

B3. Các loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*

Chúng tôi không đài thọ tất cả các loại thuốc.

- Một số loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi vì luật pháp không cho phép chúng tôi đài thọ những loại thuốc đó.
- Đối với các trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào *Danh Sách Thuốc* của mình.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể mua được một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 9**.

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

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

1. Phạm vi bảo hiểm thuốc cho bệnh nhân điều trị ngoại trú thuộc chương trình của chúng tôi (bao gồm thuốc Medicare Phần D) không thể thanh toán cho loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã đài thọ. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí các loại thuốc được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B chi trả, nhưng những loại thuốc này không được xem là một phần của quyền lợi thuốc cho bệnh nhân ngoại trú.

2. Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

3. Việc sử dụng thuốc phải được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế chứng minh nó là một phương pháp điều trị cho tình trạng của quý vị. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác có thể kê toa một loại thuốc nhất định để điều trị tình trạng của quý vị, ngay cả khi thuốc đó không được chấp thuận để điều trị tình trạng này. Đây được gọi là “dùng thuốc ngoài chỉ định”. Chương trình của chúng tôi thường không đài thọ các loại thuốc được kê toa để dùng ngoài chỉ định.

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

- Thuốc được sử dụng để thúc đẩy khả năng sinh sản
- Những loại thuốc được sử dụng để làm giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh*
- Thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy mọc tóc
- Những sản phẩm vitamin và khoáng chất theo toa, ngoại trừ các vitamin tiền sản và chế phẩm florua*
- Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Những loại thuốc được sử dụng để điều trị chứng chán ăn, giảm cân hoặc tăng cân*
- Thuốc điều trị cho bệnh nhân ngoại trú do công ty sản xuất chỉ định rằng quý vị phải có các xét nghiệm hoặc dịch vụ do chính họ thực hiện

*Một số sản phẩm có thể được Medi-Cal đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

B4. Các bậc chia sẻ chi phí trong *Danh Sách Thuốc*

Mọi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Một bậc là một nhóm thuốc cùng loại nói chung (ví dụ: biệt dược, thuốc gốc hoặc thuốc OTC). Thông thường, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí của quý vị cho thuốc đó càng cao.

- Bậc 1 cho các loại thuốc gốc được ưu tiên (bậc này bao gồm một số thuốc biệt dược).
- Bậc 2 cho các loại thuốc gốc (bậc này bao gồm một số thuốc biệt dược).
- Bậc 3 cho các loại thuốc biệt dược được ưu tiên.

- Bậc 4 cho các loại thuốc không ưu tiên (bậc này bao gồm cả thuốc gốc và thuốc biệt dược).
- Bậc 5 cho các loại thuốc theo bậc chuyên khoa (bậc này bao gồm cả thuốc gốc và thuốc biệt dược).
- Bậc 6 cho các loại vắc-xin Phần D (bậc này chỉ bao gồm thuốc biệt dược).

Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, xem trong *Danh Sách Thuốc*.

Chương 6 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc ở mỗi bậc.

C. Các giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số loại thuốc nhất định, các quy định đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi đài thọ các loại thuốc đó. Nói chung, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị mua một loại thuốc phù hợp với tình trạng y tế của quý vị và an toàn cũng như hiệu quả. Khi có một loại thuốc an toàn, với chi phí thấp hơn nhưng hiệu quả lại tương tự như một loại thuốc chi phí cao hơn thì chúng tôi hy vọng nhà cung cấp của quý vị sẽ kê toa loại thuốc chi phí thấp hơn.

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 của quý vị kê toa và các hạn chế 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 dung dịch.)

Nếu có quy tắc đặc biệt cho thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi đài thọ thuốc. Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể phải cho chúng tôi biết chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu trước. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cho rằng quy tắc của chúng tôi không áp dụng cho trường hợp của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm để đưa ra ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý cho quý vị sử dụng thuốc mà không cần thực hiện thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên này.*

1. Hạn chế sử dụng thuốc biệt dược hoặc sinh phẩm gốc khi tương ứng có sẵn phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế lẫn nhau.

Nói chung, thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi có hiệu quả tương đương thuốc biệt dược hoặc chế phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Nếu có sẵn phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi của một loại thuốc biệt dược hoặc chế phẩm sinh học gốc thì các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi đó.

- Thông thường, chúng tôi không chi trả cho thuốc biệt dược hoặc sinh phẩm gốc khi có sẵn phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được hoặc các loại thuốc được đài thọ khác điều trị cùng một tình trạng sẽ không phù hợp với quý vị thì chúng tôi sẽ đài thọ thuốc biệt dược.

- Tiền đồng trả của quý vị có thể lớn hơn đối với thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc so với thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi cho nhau.

2. Được chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi quý vị mua toa thuốc của mình. Đây được gọi là 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, chúng tôi có thể không đài thọ thuốc. Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại kp.org/seniorrx.

3. Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn lượng thuốc mà quý vị có thể nhận. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: nếu thông thường chỉ uống một viên thuốc mỗi ngày cho một loại thuốc nhất định được coi là an toàn, chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận được mỗi lần mua thuốc theo toa.

Để tìm hiểu xem có bất kỳ quy tắc nào trong số này áp dụng cho loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Để biết thông tin cập nhật nhất, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại kp.org/seniorrx. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào ở trên, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

D. Các lý do thuốc của quý vị có thể không được đài thọ

Chúng tôi luôn cố gắng điều chỉnh phạm vi bảo hiểm thuốc để phù hợp với quý vị, nhưng đôi khi sẽ có một loại thuốc không được đài thọ theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho loại thuốc quý vị muốn dùng. Thuốc đó có thể không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể đài thọ phiên bản thuốc gốc nhưng không đài thọ cho phiên bản biệt dược mà quý vị muốn sử dụng. Đó có thể là thuốc mới và chúng tôi chưa xem xét tính an toàn cũng như hiệu quả của thuốc.

- Chương trình của chúng tôi đài thọ thuốc, nhưng có những quy định hoặc giới hạn đặc biệt về việc đài thọ. Như đã giải thích trong mục bên trên, một số loại thuốc mà chương trình chúng tôi đài thọ sẽ có các quy tắc giới hạn việc sử dụng những loại thuốc đó. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ.

- 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 một số việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi không đài thọ một loại thuốc theo cách quý vị mong muốn.

D1. Nhận lượng thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị một lượng thuốc tạm thời khi thuốc đó không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc bị giới hạn theo một cách nào đó. Điều này cho quý vị thời gian để bàn bạc với nhà cung cấp về việc nên lấy một loại thuốc khác hay yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc.

Để nhận được lượng thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy định dưới đây:

1. Loại thuốc quý vị đang dùng:
   - không còn nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
   - chưa bao giờ có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
   - hiện bị hạn chế theo một cách nào đó.
2. Quý vị phải thuộc một trong các trường hợp sau:

- Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi từ năm ngoái.
  - Chúng tôi đài thọ nguồn cung thuốc tạm thời cho quý vị **trong 90 ngày đầu tiên trong năm dương lịch.**
  - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng trong tối đa **30 ngày**.
  - Nếu toa thuốc của quý vị được kê ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để quý vị mua được lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua toa thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa cho quý vị với số lượng nhỏ tại một thời điểm để tránh lãng phí.
- Quý vị mới tham gia vào chương trình của chúng tôi.
  - Chúng tôi đài thọ nguồn cung thuốc tạm thời cho quý vị **trong 90 ngày đầu tiên mà quý vị nhận được tư cách hội viên của chương trình chúng tôi.**
  - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
  - Nếu toa thuốc của quý vị được kê ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để quý vị mua được lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua toa thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa cho quý vị với số lượng nhỏ tại một thời điểm để tránh lãng phí.

- Quý vị đã tham gia vào chương trình của chúng tôi hơn 30 ngày, sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần một nguồn cung thuốc ngay lập tức.
    - Chúng tôi sẽ đài thọ nguồn cung thuốc tối đa là 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê toa ít ngày hơn. Đây là nguồn cung bổ sung cho nguồn cung tạm thời phía trên.
    - Nếu quý vị nhập viện hoặc được xuất viện, xuất khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn để chuyển đến một cơ sở chăm sóc khác hoặc về nhà, đây được gọi là thay đổi mức độ chăm sóc. Khi mức độ chăm sóc của quý vị thay đổi, quý vị có thể yêu cầu bổ sung thuốc của mình. Thông thường, chúng tôi sẽ đài thọ nguồn cung thuốc Phần D của quý vị kéo dài tới một tháng trong giai đoạn chuyển tiếp cấp độ chăm sóc này ngay cả khi loại thuốc đó không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

D2. Yêu cầu cấp lượng thuốc tạm thời

Để yêu cầu nguồn cung thuốc tạm thời, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

Khi nhận được lượng thuốc tạm thời, hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị càng sớm càng tốt để quyết định những việc cần làm khi lượng thuốc này hết. Quý vị có các lựa chọn sau:

- Đổi sang loại thuốc khác.
  Chương trình của chúng tôi có thể đài thọ một loại thuốc khác phù hợp với quý vị. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu danh sách các loại thuốc mà chúng tôi đài thọ để điều trị cùng một tình trạng bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tìm một loại thuốc được đài thọ có thể phù hợp với quý vị.

  HOẶC

- Yêu cầu một ngoại lệ.
  Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc đó mà không có giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho rằng quý vị có một lý do y tế chính đáng để yêu cầu trường hợp ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị thực hiện điều này.

D3. Yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Nếu một loại thuốc quý vị dùng bị loại khỏi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó trong năm tới, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu một ngoại lệ trước năm sau.

- Chúng tôi cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào trong phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị trong năm tới. Hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ và đài thọ thuốc cho năm tới theo cách quý vị muốn.
- Chúng tôi sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị về việc đưa ra ngoại lệ trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố hỗ trợ từ người kê toa của quý vị).

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép đài thọ thuốc trước khi thay đổi có hiệu lực.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Nếu quý vị cần trợ giúp để yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.

E. Những thay đổi về phạm vi đài thọ thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc xảy ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc loại bỏ thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi trong năm. Chúng tôi cũng có thể sẽ thay đổi các quy tắc về thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu sự cho phép trước đối với một loại thuốc (việc chúng tôi cho phép trước khi quý vị có thể nhận được một loại thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận được (giới hạn số lượng).
- Thay thế sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản thuốc tương tự sinh học có thể thay thế được của sản phẩm sinh học đó.

Chúng tôi phải tuân thủ các yêu cầu của Medicare trước khi chúng tôi thay đổi *Danh Sách Thuốc* của chương trình. Để biết thêm thông tin về các quy định đối với thuốc này, hãy tham khảo **Mục C**.

Nếu quý vị dùng một loại thuốc mà chúng tôi đài thọ vào **đầu** năm, thông thường chúng tôi sẽ không ngừng hoặc thay đổi phạm vi đài thọ đối với thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**, trừ khi:

- một loại thuốc mới, rẻ hơn được đưa ra thị trường và có hiệu quả tương đương với một loại thuốc hiện có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, **hoặc**
- chúng tôi phát hiện rằng một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- loại thuốc đó bị rút khỏi thị trường.

Nếu phạm vi bảo hiểm của một loại thuốc quý vị đang dùng bị thay đổi thì sao?

Để biết thêm thông tin về những gì sẽ xảy ra khi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Xem *Danh Sách Thuốc* hiện tại của chúng tôi trực tuyến tại kp.org/seniorrx **hoặc**
- Gọi tới Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này để kiểm tra *Danh Sách Thuốc* hiện tại.

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

Một số thay đổi trong *Danh Sách Thuốc* sẽ diễn ra **ngay lập tức**. Ví dụ:

Một loại thuốc gốc mới được cung cấp trên thị trường. Đôi khi, một loại thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự mới được đưa ra thị trường và có hiệu quả tương đương với thuốc biệt dược hoặc sinh phẩm gốc hiện có trong *Danh Sách Thuốc*. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc biệt dược và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí của quý vị cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn. Khi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc biệt dược trong danh sách nhưng thay đổi các quy định hoặc giới hạn về phạm vi đài thọ đối với thuốc đó.

- Chúng tôi có thể sẽ không thông báo cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi này nhưng sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể đó sau khi thực hiện.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu trường hợp "ngoại lệ" đối với những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo kèm theo các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của cẩm nang này để biết thêm thông tin về trường hợp ngoại lệ.

Loại bỏ thuốc không an toàn và các thuốc khác bị thu hồi khỏi thị trường. Đôi khi một loại thuốc có thể được phát hiện 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 ngay lập tức loại thuốc đó khỏi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi. Người kê toa của quý vị cũng sẽ biết về thay đổi này và có thể phối hợp với quý vị để tìm một loại thuốc khác phù hợp với tình trạng của quý vị.

Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác này đối với *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA ban hành hướng dẫn mới hoặc có nguyên tắc hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi:

- Thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* **của mình hoặc**
- Thông báo và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thêm thuốc.

Điều này giúp quý vị có thời gian để nói chuyện với bác sĩ hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem:

- Nếu có một loại thuốc tương tự trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, liệu quý vị có nên dùng thuốc đó để thay thế **hay**

- Liệu quý vị có nên yêu cầu một ngoại lệ đối với những thay đổi này để tiếp tục được đài thọ cho loại thuốc hoặc phiên bản của loại thuốc quý vị đang dùng. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

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

Chúng tôi có thể thực hiện thay đổi đối với các loại thuốc quý vị dùng mà không được mô tả ở trên và không ảnh hưởng ngay đến quý vị. Đối với những thay đổi như vậy, nếu quý vị dùng một loại thuốc mà chúng tôi đài thọ vào **đầu** năm, thông thường chúng tôi sẽ không ngừng hoặc thay đổi phạm vi đài thọ đối với thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ một loại thuốc mà quý vị đang dùng hoặc hạn chế sử dụng, thì thay đổi đó không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị cho phần còn lại trong năm. Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với thuốc mà quý vị đang sử dụng (ngoại trừ những thay đổi được ghi chú trong phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau.

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

F. Phạm vi đài thọ thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian lưu trú được chương trình của chúng tôi đài thọ

Nếu quý vị nhập viện hoặc lưu trú tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi đài thọ, chúng tôi thường sẽ đài thọ chi phí thuốc cho quý vị trong thời gian quý vị lưu trú. Quý vị sẽ không phải thanh toán tiền đồng trả. Khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc cho quý vị miễn là thuốc đáp ứng tất cả các quy tắc đài thọ của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về phạm vi đài thọ thuốc và số tiền quý vị phải trả, hãy tham khảo **Chương 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

F2. Tại cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng, có nhà thuốc riêng hoặc một nhà thuốc cung cấp thuốc cho mọi người sống tại đó. Nếu quý vị đang lưu trú trong một cơ sở chăm sóc dài hạn thì quý vị có thể nhận thuốc của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở đó nếu cơ sở đó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Hãy kiểm tra *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn nơi quý vị lưu trú có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên.

F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Cả dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ cùng lúc đài thọ cho thuốc.

- Quý vị có thể ghi danh tham gia vào một cơ sở chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số loại thuốc nhất định (ví dụ: thuốc giảm đau, thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng hoặc thuốc chống lo âu) mà cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị không đài thọ vì thuốc đó không liên quan đến tiên lượng và bệnh trạng của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp trực thuộc cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị xác định rằng loại thuốc này không liên quan đến bệnh trạng của quý vị trước khi chúng tôi có thể đài thọ thuốc.
- Để tránh sự chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp trực thuộc cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông báo loại thuốc đó không liên quan đến bệnh trạng của quý vị trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc mua thuốc theo toa.

Nếu quý vị ngừng nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ tất cả các loại thuốc của quý vị. Để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc sức khỏe của Medicare kết thúc, hãy mang theo tài liệu đến nhà thuốc để xác minh rằng quý vị đã rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời.

Hãy tham khảo các phần trước của chương này để biết thông tin về các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ. Để biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời, hãy tham khảo **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

G1. Các chương trình giúp quý vị dùng thuốc an toàn

Mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ kiểm tra các vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như sai sót về thuốc hoặc các loại thuốc:

- có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc khác có tác dụng tương tự
- có thể không an toàn cho độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- có thể gây hại cho quý vị nếu quý vị dùng chúng cùng một lúc
- có các thành phần mà quý vị đang bị hoặc có thể bị dị ứng
- có thể có sai sót về liều lượng (liều dùng)
- có hàm lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu phát hiện vấn đề có thể xảy ra trong việc sử dụng thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để khắc phục vấn đề.

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình

Chương trình của chúng tôi có chương trình trợ giúp các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí thông qua chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp đảm bảo rằng thuốc mà quý vị đang sử dụng có hiệu quả trong việc cải thiện sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị bản đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị đồng thời trao đổi với quý vị về:

- cách hiệu quả nhất để tận dụng các loại thuốc mà quý vị đang dùng
- bất kỳ mối quan tâm nào quý vị đang có, chẳng hạn như chi phí thuốc và phản ứng với thuốc
- cách dùng thuốc tốt nhất cho quý vị
- bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề nào về toa thuốc và thuốc không-kê-đơn mà quý vị đang quan tâm

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Một văn bản tóm tắt cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt sẽ bao gồm một kế hoạch sử dụng thuốc đề xuất những gì quý vị có thể thực hiện để sử dụng thuốc theo cách tốt nhất.
- Một danh sách thuốc cá nhân bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị dùng, lượng quý vị dùng và lý do quý vị dùng chúng.
- Thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc kê đơn là các chất bị kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với người kê toa về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình.

- Hãy mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc khi đi khám hoặc bất cứ khi nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
- Hãy mang theo danh sách thuốc của quý vị nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu

Các chương trình Quản Lý Điều Trị Bằng Thuốc (MTM) là tự nguyện và miễn phí đối với các hội viên đủ tiêu chuẩn. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị tham gia vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, hãy thông báo cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có câu hỏi nào về các chương trình này, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) giúp hội viên dùng thuốc opioid 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 Thuốc (Drug Management Program, DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid được kê bởi nhiều người kê toa hoặc nhận từ nhiều nhà thuốc, hoặc nếu gần đây quý vị đã dùng opioid quá liều, chúng tôi có thể trao đổi với những 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, các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc theo toa đối với các loại thuốc đó tại một hoặc một số nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ đài thọ cho quý vị

Nếu chúng tôi dự định giới hạn cách quý vị nhận 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 toa thuốc cho những loại thuốc này từ một nhà cung cấp hoặc nhà thuốc cụ thể hay không.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn người kê toa nào hoặc sử dụng nhà thuốc nào cũng như mọi thông tin mà quý vị cho là quan trọng, cần chúng tôi nắm rõ. Sau khi quý vị đã có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định giới hạn phạm vi bảo hiểm của quý vị đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác để xác nhận các giới hạn.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và người kê toa của quý vị có thể 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 khiếu nại liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc quý vị tiếp cận với các loại thuốc, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (Independent Review Organization, IRO). (Để tìm hiểu thêm về quy trình khiếu nại và IRO, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.)

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- mắc một số bệnh trạng y tế nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm,
- đang nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc giai đoạn cuối **hoặc**
- đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal

Giới Thiệu

Chương này cho biết số tiền quý vị phải thanh toán cho các loại thuốc khi điều trị ngoại trú của mình. Nhắc đến "thuốc", ý chúng tôi muốn đề cập đến:

- Thuốc Medicare Phần D, **và**
- Thuốc cũng như các vật dụng được Medi-Cal Rx đài thọ, **và**
- Thuốc và các mặt hàng được chương trình của chúng tôi đài thọ như những quyền lợi bổ sung.

Bởi vì quý vị đủ điều kiện cho Medi-Cal nên quý vị sẽ nhận được "Trợ Giúp Thêm" từ Medicare để giúp thanh toán cho các loại thuốc Medicare Phần D của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tài liệu bổ sung riêng có tên là "Điều Khoản Phụ Bằng Chứng Đài Thọ dành cho Người Nhận Trợ Giúp Thêm để Thanh Toán Chi Phí Thuốc Theo Toa" (còn được gọi là "Điều Khoản Phụ Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" hoặc "Điều Khoản Phụ LIS"), trong đó cung cấp thông tin về phạm vi đài thọ thuốc của quý vị.
Nếu quý vị không nhận được tài liệu này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu nhận "Điều Khoản Phụ LIS".

> **Trợ Giúp Thêm** là chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản tiền khấu trừ và khoản tiền đồng trả. Trợ Giúp Thêm còn được gọi là "Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" hoặc "LIS".

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Để tìm hiểu thêm về thuốc, quý vị có thể xem ở những nơi sau:

- Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ của chúng tôi.
  - Chúng tôi gọi danh sách này là "*Danh Sách Thuốc*". Danh sách này cho quý vị biết:
    - những loại thuốc mà chúng tôi chi trả
    - mỗi loại thuốc thuộc bậc nào trong số 6 bậc
    - liệu có bất kỳ giới hạn nào đối với các loại thuốc hay không
  - Nếu quý vị cần một bản sao *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể tìm bản *Danh Sách Thuốc* mới nhất của chúng tôi trên trang web tại kp.org/seniorrx.

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

- **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
  - Giải thích cách nhận thuốc ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này cũng bao gồm các quy tắc mà quý vị cần tuân theo. Chương này cũng cho biết những loại thuốc nào mà chương trình của chúng tôi không đài thọ.
  - Khi quý vị sử dụng "Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực" của chương trình để tra cứu phạm vi đài thọ thuốc (tham khảo **Chương 5, Mục B2**), chi phí được hiển thị là số tiền túi ước tính mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị có thể gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

- *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* của chúng tôi.
  - Trong hầu hết các **trường hợp**, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc được đài thọ. Các nhà thuốc trong mạng lưới là những nhà thuốc đồng ý hợp tác với chúng tôi.
  - **Danh Mục** *Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 6 Mục Lục

A. *Bản Giải Thích Quyền Lợi* (EOB) 223

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị 224

B1. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị phát hiện sai sót trong bản tóm tắt này? 225

B2. Còn trường hợp có thể có gian lận thì sao? 225

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc đối với thuốc Medicare Phần D 226

D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu 226

D1. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị 227

D2. Nhận thuốc với số lượng đủ dùng dài hạn 227

D3. Số tiền quý vị phải trả 227

D4. Kết thúc Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu 228

E. Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương 229

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa lượng thuốc đủ dùng dưới một tháng 229

G. Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin Phần D 230

G1. Những điều quý vị cần biết trước khi tiêm vắc-xin 230

G2. Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin được Medicare Phần D đài thọ 230

A. *Bản Giải Thích Quyền Lợi* (EOB)

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc của quý vị và số tiền quý vị thanh toán khi mua toa thuốc tại nhà thuốc. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền quý vị hoặc những người khác thay mặt quý vị thanh toán cho các toa thuốc của quý vị. Bao gồm số tiền quý vị đã thanh toán khi nhận thuốc Phần D được đài thọ, bất cứ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè chi trả, bất cứ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do chương trình Trợ Giúp Thêm của Medicare, các chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở hoặc công đoàn, Dịch Vụ Y Tế cho Người Mỹ Bản Địa (Indian Health Service), các chương trình trợ cấp thuốc điều trị AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Trợ Cấp Dược Phẩm của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) chi trả.

- **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 của chúng tôi 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.

Khi quý vị nhận thuốc thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt có tên là *Bản Giải Thích Quyền Lợi (EOB)*. Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB không phải là hóa đơn. EOB có thêm nhiều thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. EOB bao gồm:

- **Thông tin trong tháng**. Bản tóm tắt cho biết quý vị đã mua những loại thuốc nào trong tháng trước. Bản này cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã thanh toán và số tiền mà quý vị và những người khác đã thanh toán cho quý vị.

- **Tổng chi phí trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Thông tin này cho quý vị thấy tổng chi phí thuốc và tổng các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.

- **Thông tin giá thuốc**. Đây là tổng giá thuốc và những thay đổi về giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên đối với mỗi yêu cầu thanh toán toa thuốc có cùng số lượng.

- **Các lựa chọn thay thế có chi phí thấp hơn**. Khi áp dụng, là thông tin về các loại thuốc có sẵn khác có phần chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi toa thuốc.

Chúng tôi cung cấp phạm vi đài thọ cho các loại thuốc không được Medicare đài thọ.

- Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.

- Hầu hết các loại thuốc quý vị mua từ nhà thuốc được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc mua không cần toa (OTC) hay một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 1-800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Định Danh Người Thụ Hưởng (BIC) Medi-Cal của quý vị khi lấy thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.

- Để tìm hiểu những loại thuốc nào được chương trình của chúng tôi đài thọ, hãy tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán của quý vị, chúng tôi sử dụng hồ sơ mà chúng tôi nhận được từ quý vị và từ nhà thuốc của quý vị. Quý vị có thể hỗ trợ chúng tôi như sau:

1. Sử dụng Thẻ ID Hội Viên của quý vị.

Trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị mỗi lần mua toa thuốc. Điều này giúp chúng tôi biết quý vị mua những toa thuốc nào và phải trả bao nhiêu.

2. Hãy đảm bảo chúng tôi có được thông tin mà chúng tôi cần.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí tcủa chúng tôi. Để yêu cầu thanh toán thuốc Phần D do nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa, đồng thời mua từ nhà thuốc trong mạng lưới, hãy làm đơn gửi tới:

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Dưới đây là những ví dụ về thời điểm quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị:

- Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không nằm trong quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi
- Khi quý vị thanh toán một khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc mà quý vị nhận được theo chương trình trợ cấp bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
- Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thanh toán toàn bộ giá của một loại thuốc được đài thọ trong những trường hợp đặc biệt

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần chi phí thuốc mà *chúng tôi* có trách nhiệm chi trả, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

3. Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác trả cho quý vị.

Các khoản thanh toán do người và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán được thực hiện bởi một chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP), Indian Health Service và hầu hết các tổ chức từ thiện được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán tất cả các chi phí thuốc Medicare Phần D của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

4. Hãy kiểm tra các Bản Giải Thích Quyền Lợi (EOB) mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được EOB qua đường bưu điện, hãy đảm bảo rằng thông tin trong đó đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của từng nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày. Quý vị có nhận được thuốc vào ngày đó không?
- **Quý vị có nhận được các loại thuốc được liệt kê không?** Chúng có khớp với những gì được liệt kê trên biên lai của quý vị không? Các loại thuốc có khớp với các thuốc bác sĩ kê toa không?

B1. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị phát hiện sai sót trong bản tóm tắt này?

Nếu có điều gì khó hiểu hoặc có vẻ không chính xác trong EOB này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente Dual Complete.

B2. Còn trường hợp có thể có gian lận thì sao?

Nếu trong bản tóm tắt này có những loại thuốc mà quý vị không dùng hoặc có những điểm gì đáng nghi, xin quý vị hãy liên lạc với chúng tôi.

- Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.
- Hoặc gọi cho Medicare theo 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 các số điện thoại này mà không mất phí.
- Nếu quý vị nghi ngờ rằng một nhà cung cấp tham gia Medi-Cal đã có hành vi gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo điều đó bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí bảo mật 1-800-822-6222. Có thể tìm thấy các phương thức khác để báo cáo hành vi gian lận Medi-Cal tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó sai hoặc thiếu, hoặc nếu có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể chọn xem trực tuyến **EOB** thay vì chọn nhận qua đường bưu điện. Vui lòng truy cập kp.org/goinggreen và đăng nhập vào để tìm hiểu thêm về việc chọn xem trực tuyến **EOB** một cách an toàn. Hãy lưu lại các EOB này. Chúng là một hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc đối với thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare Phần D của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Số tiền quý vị phải trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm của quý vị và giai đoạn hiện tại của quý vị khi mua mới hoặc mua lại toa thuốc.

Đây là hai giai đoạn:

Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu	Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Đài Thọ Tai Ương
Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị trả phần còn lại của mình. Phần của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Giai đoạn này sẽ được bắt đầu kể từ lần đầu tiên quý vị mua thuốc theo toa trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ thanh toán tất cả các chi phí thuốc của quý vị đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2026. Giai đoạn này sẽ được bắt đầu khi quý vị đã thanh toán một số tiền chi phí tự trả nhất định.

D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc được đài thọ của quý vị và quý vị thanh toán phần của mình. Phần của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và quý vị nhận thuốc ở đâu.

Bậc chia sẻ chi phí là các nhóm thuốc có cùng một khoản tiền đồng trả. 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 càng cao thì phần tiền đồng trả càng cao. Để tìm xem thuốc của quý vị đang nằm ở bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

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

D1. Các 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 **hoặc**
- Một nhà thuốc bán lẻ ngoài mạng lưới. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ đài thọ cho các toa thuốc mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu khi nào chúng tôi thực hiện việc đó.
- Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn này, vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này và *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*.

D2. Nhận thuốc với số lượng đủ dùng dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận một lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là “nguồn cấp mở rộng”) khi quý vị mua thuốc theo toa. Một số lượng dài hạn có lượng thuốc tối đa dùng trong 100 ngày. Nguồn cung này có chi phí tương đương với nguồn cung thuốc một tháng.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn, hãy tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp của chương trình chúng tôi.*

D3. Số tiền quý vị phải trả

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, quý vị có thể phải trả một khoản tiền đồng trả mỗi khi mua thuốc theo toa. Nếu thuốc được đài thọ của quý vị có giá thấp hơn tiền đồng trả, quý vị trả mức giá thấp hơn.

Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để biết số tiền đồng trả mà quý vị cần thanh toán cho bất kỳ loại thuốc được đài thọ nào.

Phần chi phí quý vị phải trả khi nhận lượng thuốc được đài thọ đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn từ:

	Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới**	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Phạm vi bảo hiểm chỉ áp dụng trong một số trường hợp nhất định. Tham khảo **Chương 5** để biết chi tiết.
	Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 100 ngày	Số lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày	Số lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày.
Chia sẻ chi phí **Bậc 1** dành cho thuốc gốc ưu tiên	**$0-$5.80**, tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm mà quý vị nhận được		
Chia sẻ chi phí **Bậc 2** dành cho thuốc gốc	**$0-$5.80**, tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm mà quý vị nhận được		
Chia sẻ chi phí **Bậc 3** cho các loại thuốc biệt dược được ưu tiên	**$0-$14.40**, tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm mà quý vị nhận được		
Chia sẻ chi phí **Bậc 4** dành cho thuốc không ưu tiên	**$0-$14.40**, tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm mà quý vị nhận được		
Chia sẻ chi phí **Bậc 5** dành cho các loại thuốc thuộc bậc chuyên khoa	**$0-$14.40**, tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Thêm mà quý vị nhận được		
Chia sẻ chi phí **Bậc 6** dành cho các loại vắc-xin Phần D	**$0** (Không thể đặt mua qua bưu điện đối với thuốc thuộc Bậc 6)		

Để biết thông tin về những nhà thuốc có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng dài hạn, hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp của chúng tôi.*

D4. Kết thúc Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu

Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt đến mức **$2,400.** Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Chúng tôi đài thọ tất cả các chi phí thuốc của quý vị từ đó đến cuối năm.

EOB của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền mà quý vị đã thanh toán cho thuốc trong năm. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đạt đến giới hạn **$2,400**. Nhiều người không đạt được hạn mức này trong năm.

E. Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Khi chi phí tự trả cho thuốc của quý vị đạt đến giới hạn **$2,400** Giai Đoạn Đài Thọ Tai Ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ ở Giai Đoạn Đài Thọ Tai Ương cho đến hết năm dương lịch. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả gì cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa lượng thuốc đủ dùng dưới một tháng

Thông thường quý vị sẽ phải trả một khoản tiền đồng trả để trang trải cho nguồn cung thuốc kéo dài một tháng được đài thọ. Tuy nhiên, bác sĩ có thể kê toa thuốc với số lượng thuốc ít hơn một tháng.

- Đôi khi quý vị có thể muốn hỏi bác sĩ về việc kê toa thuốc với số lượng ít hơn một tháng (ví dụ: khi quý vị lần đầu thử dùng một loại thuốc).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải thanh toán cho nguồn cung thuốc đủ một tháng, áp dụng với một số loại thuốc nhất định.

Khi quý vị nhận được nguồn cung thuốc dưới một tháng thì số tiền quý vị phải trả sẽ dựa trên số ngày sử dụng thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi sẽ tính số tiền quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của mình (“tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày”) và nhân nó với số ngày quý vị nhận được thuốc.

- Đây là một ví dụ: Giả sử tiền đồng trả cho thuốc của quý vị với số lượng trọn tháng (số lượng 30 ngày) là $1.35. Điều này có nghĩa là số tiền mà quý vị phải thanh toán cho thuốc của mình sẽ thấp hơn $0.05 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được nguồn cung thuốc trong bảy ngày thì khoản thanh toán của quý vị sẽ thấp hơn $0.05 mỗi ngày nhân với bảy ngày, theo đó tổng số tiền thanh toán ít hơn $0.35.
- Phần chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo bản thân sẽ phù hợp với một loại thuốc trước khi thanh toán cho nguồn cung thuốc kéo dài một tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình kê toa thuốc đủ dùng suốt tháng để giúp quý vị:
    - Lập kế hoạch tốt hơn khi lấy thêm thuốc
    - Điều phối việc cấp lại thuốc với các loại thuốc khác để quý vị có thể giảm số lần đến nhà thuốc

G. Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin Phần D

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin: Một số vắc-xin được xem là quyền lợi y tế và được đài thọ theo Medicare Phần B. Các vắc-xin khác được xem là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi đài thọ hầu hết các vắc-xin Medicare Phần D dành cho người lớn mà quý vị không phải trả chi phí. Hãy tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết chi tiết về phạm vi đài thọ và mức chia sẻ chi phí đối với các vắc-xin cụ thể.

Phạm vi đài thọ vắc-xin Medicare Phần D của chúng tôi gồm hai phần:

1. Phần đầu tiên là chi phí của **riêng vắc-xin**.
2. Phần thứ hai là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể được bác sĩ tiêm vắc-xin.

G1. Những điều quý vị cần biết trước khi tiêm vắc-xin

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị dự định tiêm vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình của chúng tôi đài thọ vắc-xin của quý vị như thế nào.
- Chúng tôi cũng có thể hướng dẫn cho quý vị cách giảm chi phí thông qua việc sử dụng nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu quý vị không thể sử dụng một nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi có thể cho quý vị biết quý vị cần làm gì để yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chi phí mà chúng tôi có trách nhiệm chi trả.

G2. Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin được Medicare Phần D đài thọ

Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin tùy thuộc vào loại vắc-xin (bệnh mà quý vị được tiêm vắc-xin để phòng ngừa).

- Một số loại vắc-xin được xem là quyền lợi y tế chứ không phải là thuốc. Các loại vắc xin này được đài thọ miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về phạm vi đài thọ các vắc-xin này, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Các loại vắc-xin khác được xem là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những loại vắc-xin này trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi. Quý vị có thể phải trả một khoản tiền đồng trả cho vắc-xin Medicare Phần D. Nếu vắc-xin được một tổ chức có tên là **Ủy Ban Cố Vấn về Thực Hành Chủng Ngừa (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** khuyến nghị cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí nào cho vắc-xin đó.

Sau đây là ba cách phổ biến để quý vị có thể tiêm vắc-xin Medicare Phần D.

1. Quý vị nhận được vắc-xin Medicare Phần D và tiêm tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

   - Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người trưởng thành, quý vị sẽ không phải trả tiền.
   - Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị trả tiền đồng trả cho vắc-xin.

2. Quý vị nhận vắc-xin Medicare Phần D tại phòng khám bác sĩ và bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị.

   - Quý vị trả tiền đồng trả cho bác sĩ đối với vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi chi trả chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị.
   - Phòng khám bác sĩ nên gọi cho chương trình của chúng tôi trong trường hợp này để chúng tôi có thể đảm bảo rằng họ biết quý vị chỉ phải trả khoản tiền đồng trả cho vắc-xin.

3. Quý vị nhận được dược phẩm vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc và quý vị mang nó đến phòng khám của bác sĩ để tiêm.

   - Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người trưởng thành, quý vị sẽ không phải trả tiền mua vắc-xin.
   - Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị trả tiền đồng trả cho vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi chi trả chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí cho hóa đơn mà quý vị nhận được khi sử dụng các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ

Giới Thiệu

Chương này chỉ ra cho quý vị cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Chương này cũng hướng dẫn quý vị biết cách khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 7 Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị.....233

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi.....237

C. Quyết định bảo hiểm.....238

D. Khiếu nại.....239

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải lập hóa đơn cho chương trình về các dịch vụ và thuốc được đài thọ của quý vị sau khi quý vị nhận được chúng. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp Kaiser Permanente lập hóa đơn cho quý vị về những dịch vụ hoặc thuốc này. 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.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, đừng thanh toán hóa đơn đó mà hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy tham khảo **Mục B**.

- Nếu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

- Nếu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc đó và quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị thì quý vị có quyền được bồi hoàn.

    - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị.

- Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal mà quý vị nhận được, quý vị có thể đủ điều kiện để được bồi hoàn (hoàn trả) nếu quý vị đáp ứng tất cả những điều kiện sau:

    - Dịch vụ mà quý vị nhận được là dịch vụ được Medi-Cal đài thọ mà chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không hoàn lại tiền cho dịch vụ không được đài thọ theo chương trình Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ sau khi trở thành hội viên đủ điều kiện của Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Quý vị yêu cầu được hoàn trả trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ được đài thọ.
    - Quý vị cung cấp bằng chứng rằng quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được đài thọ, như biên lai chi tiết từ nhà cung cấp.
    - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp tham gia Medi-Cal trong mạng lưới của Kaiser Permanente Dual Complete. Quý vị không cần phải đáp ứng điều kiện này nếu quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu, kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện mà không cần phê duyệt trước (sự cho phép trước).

- Nếu dịch vụ được đài thọ thường yêu cầu phê duyệt trước (sự cho phép trước), quý vị cần cung cấp bằng chứng từ nhà cung cấp cho thấy nhu cầu y tế đối với dịch vụ được đài thọ.

- Kaiser Permanente Dual Complete sẽ cho quý vị biết liệu họ có bồi hoàn cho quý vị hay không trong một lá thư gọi là Thông Báo Hành Động. Nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp đã tham gia Medi-Cal sẽ trả lại cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán.

Nếu nhà cung cấp từ chối hoàn lại tiền cho quý vị, chương trình Kaiser Permanente Dual Complete sẽ hoàn lại cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã trả. Chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu. Nếu nhà cung cấp tham gia Medi-Cal, nhưng không thuộc mạng lưới của chúng tôi và từ chối hoàn lại tiền cho quý vị, chương trình Kaiser Permanente Dual Complete sẽ hoàn lại tiền cho quý vị nhưng chỉ tối đa bằng số tiền mà FFS Medi-Cal sẽ trả. Kaiser Permanente Dual Complete sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã tự chi trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp mà không cần được phê duyệt trước. Nếu quý vị không đáp ứng một trong những điều kiện trên, chúng tôi sẽ không hoàn lại tiền cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ không hoàn tiền cho quý vị nếu:
    - Quý vị đã yêu cầu và nhận các dịch vụ không được Medi-Cal đài thọ như các dịch vụ thẩm mỹ.
    - Dịch vụ đó không phải là dịch vụ được Kaiser Permanente Dual Complete đài thọ.
    - Quý vị đã đến khám một bác sĩ không nhận Medi-Cal và quý vị đã ký vào một biểu mẫu cho biết dù thế nào quý vị cũng muốn được khám và quý vị sẽ tự thanh toán cho các dịch vụ.
- Nếu có loại dịch vụ hoặc thuốc nào mà chúng tôi không đài thọ thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị không biết quý vị phải thanh toán cho những hạng mục nào, hoặc nếu quý vị nhận được một hóa đơn và không biết phải làm gì với nó, chúng tôi có thể giúp đỡ. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi nếu quý vị muốn cung cấp thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi.

Ví dụ về những trường hợp quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được bao gồm:

1. Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị phải thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán từ nhà cung cấp mà quý vị cho rằng mình không có nghĩa vụ chi trả. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả.
    - Nếu nhà cung cấp có quyền được nhận thanh toán thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

- Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ Medicare nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của mình thì chúng tôi sẽ xác định số tiền quý vị có nghĩa vụ phải trả và hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn cho quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là phải xuất trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào; tuy nhiên, đôi khi các nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ mắc sai lầm và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của mình hoặc yêu cầu thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. **Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên** theo số điện thoại ở cuối trang này **nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ phải trả khoản đồng thanh toán khi nhận các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này. Điều này vẫn áp dụng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức phí nhà cung cấp tính cho một dịch vụ. Ngay cả khi chúng tôi quyết định không thanh toán một số khoản phí thì quý vị cũng không cần phải thanh toán chúng.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị nghĩ là nhiều hơn mức mà quý vị phải thanh toán, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý vấn đề này.

- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới đối với các dịch vụ được Medicare đài thọ nhưng lại cảm thấy rằng quý vị đã phải thanh toán quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về tất cả các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện. Chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền mà quý vị có nghĩa vụ phải thanh toán theo chương trình của chúng tôi.

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 quý vị vào chương trình có thể có hiệu lực trở về trước. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của quý vị đã qua rồi. Đó thậm chí có thể là năm ngoái.)

- Nếu quý vị đã ghi danh với hiệu lực trở về trước và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.

- Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả.

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

Nếu quý vị sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa của mình.

- Chỉ trong một số ít trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc theo toa được cấp tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

- Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

- 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 phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc Medicare Phần D vì quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên chương trình của mình

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên chương trình của mình, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tìm thông tin ghi danh chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ngay, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc quay lại nhà thuốc và mang theo Thẻ ID Hội Viên của mình.
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.
- 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 đó.

6. Khi quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc Medicare Phần D cho một loại thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì thuốc đó không được đài thọ.

- Thuốc đó có thể không có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (*Danh Sách Thuốc*) trên trang web của chúng tôi, hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc cho rằng không áp dụng cho mình. Nếu quý vị quyết định nhận thuốc đó, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không thanh toán cho thuốc đó nhưng cho rằng chúng tôi nên bảo hiểm thuốc đó, quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên*).
    - Nếu quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho rằng quý vị cần thuốc đó ngay lập tức (trong vòng 24 giờ), quý vị có thể yêu cầu quyết định nhanh về phạm vi bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên*).
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi. 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 đó.

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 đó có được đài thọ hay không. Đây được gọi là “quyết định bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ hoặc thuốc 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. Để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu. Nếu quý vị gửi văn bản yêu cầu, hãy gửi kèm hóa đơn và tài liệu về tất cả các khoản thanh toán mà quý vị đã chi trả cho các dịch vụ Medicare. Quý vị nên giữ một bản sao hóa đơn và biên nhận để tiện đối chiếu sau này. **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 của chúng tôi tại kp.org, đồng thời tải lên các tài liệu hỗ trợ.
- Tải xuống một bản sao của biểu mẫu từ trang web của chúng tôi (kp.org) hoặc gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này và yêu cầu họ gửi biểu mẫu cho quý vị. below. Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua đường bưu điện đến địa chỉ của Ban Yêu Cầu Thanh Toán của chúng tôi 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 một người khác thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu, chúng tôi cũng cần biểu mẫu “Chỉ định người đại diện” đã được điền đầy đủ, có 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 mọi hóa đơn hoặc biên lai qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:

Các chương trình phía Nam:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Các chương trình phía Bắc:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Để yêu cầu thanh toán cho thuốc Phần D do nhà cung cấp trong mạng lưới kê toa và được cấp tại nhà thuốc trong mạng lưới, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản đến địa chỉ dưới đây. Đối với tất cả các yêu cầu khác về thuốc Phần D, hãy gửi yêu cầu của quý vị đến địa chỉ ở trên.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị không biết số tiền lẽ ra mình phải trả, hoặc quý vị nhận được các hóa đơn và không biết cần làm gì về những hóa đơn đó, chúng tôi có thể trợ giúp. Quý vị cũng có thể gọi điện thoại nếu quý vị muốn cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin về một yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm. Việc này có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định xem chương trình của chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định số tiền mà quý vị phải trả nếu có.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà quý vị sử dụng, đồng thời quý vị cũng đã tuân theo tất cả các quy tắc để nhận được đài thọ thì chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các hạng mục đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tấm séc qua đường bưu điện để hoàn trả phần chi phí mà chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền quý vị đã thanh toán cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các quy định cần tuân thủ để các dịch vụ của quý vị được đài thọ. **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các quy định cần tuân thủ để thuốc Medicare Phần D của quý vị được đài thọ.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị sử dụng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích lý do. Văn bản cũng sẽ giải thích cho quý vị biết về quyền khiếu nại của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, vui lòng tham khảo **Chương 9**.

D. Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của mình. Yêu cầu này được gọi là “khiếu nại”. Quý vị cũng có thể khiếu nại nếu không đồng ý với số tiền chúng tôi thanh toán.

Quy trình khiếu nại chính thức sẽ có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về quy trình khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* **này:**

- Để khiếu nại về việc được hoàn trả chi phí cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Mục F**.
- Để khiếu nại về việc được hoàn trả chi phí thuốc, hãy tham khảo **Mục G**.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới Thiệu

Chương này trình bày các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi có nghĩa vụ phải tôn trọng quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 8 Mục Lục

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị 252

B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ 253

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị 254

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị 254

C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị 255

D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị 255

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị 256

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi 256

G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị 257

G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị 257

G2. Quyền nêu rõ mong muốn của quý vị trong trường hợp quý vị không thể tự đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình 258

G3. Cần làm gì nếu các chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo 259

H. Quyền than phiền của quý vị và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định của mình 259

H1. Cần làm gì khi quý vị bị đối xử không công bằng hoặc muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình 259

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình 260

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
  - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و
  - الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
  - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝

  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար

  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և

  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួជម៌ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួជម៌ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និង ក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖

  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស

  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង

  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料CD的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第2章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
    - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
    - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
    - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare的電話為1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室的電話為916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

  - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

  - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

  - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:

    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;

    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y

    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
  - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
  - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
  - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được 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. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Quý vị có các quyền với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi.

- Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về những loại nhà cung cấp nào có thể đóng vai trò là PCP và cách chọn PCP trong **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
    - Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc xem *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp trong mạng lưới và những bác sĩ đang tiếp nhận bệnh nhân mới.

- Quý vị có quyền gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu, cũng như gặp các nhà cung cấp khác được mô tả trong **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Giấy giới thiệu đại diện cho việc PCP của quý vị chấp thuận cho quý vị sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị.

- Quý vị có quyền sử dụng các dịch vụ được đài thọ từ những nhà cung cấp trong mạng lưới trong khoảng thời gian hợp lý.
    - Điều này có nghĩa là quý vị cũng có quyền nhận được các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa.
    - Nếu quý vị không thể sử dụng được dịch vụ trong một khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.

- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp mà không cần được cho phép trước (PA).

- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa tại mọi nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chịu bất kỳ lý do trì hoãn nào.

- Quý vị có quyền được biết khi nào quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy tham khảo **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

- Khi mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại và các chấp thuận dịch vụ hiện có trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số điều kiện nhất định. Để tìm hiểu thêm về việc tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp và các chấp thuận dịch vụ của quý vị, hãy tham khảo **Chương 1** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

- Quý vị có quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của riêng mình với sự giúp đỡ từ đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.

Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết quý vị có thể làm gì nếu cho rằng mình không nhận được các dịch vụ hoặc thuốc trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu chúng tôi từ chối đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị sử dụng nhưng quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị theo yêu cầu của luật liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị bao gồm thông tin cá nhân mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình. PIH cũng bao gồm hồ sơ y tế của quý vị và các thông tin y tế cũng như sức khỏe khác.

Quý vị có thẩm quyền đối với thông tin của mình cũng như được kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản cho biết về các quyền này cũng như giải thích cách chúng tôi bảo vệ sự riêng tư cho PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo Thực Thi Quyền Riêng Tư”.

Hội viên có thể đồng ý sử dụng các dịch vụ nhạy cảm không cần phải xin phép bất kỳ hội viên nào khác để sử dụng các dịch vụ nhạy cảm hoặc để nộp yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ nhạy cảm. Kaiser Permanente sẽ chuyển các thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại thay thế được chỉ định của hội viên hay, trong trường hợp không có chỉ định, sẽ nhân danh hội viên tại địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Kaiser Permanente sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ hội viên nào khác mà không được hội viên nhận dịch vụ chăm sóc cho phép bằng văn bản. Kaiser Permanente sẽ đáp ứng các yêu cầu liên lạc bảo mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu hình thức và định dạng đó có thể thực hiện được dễ dàng, hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu trao đổi mật thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm của hội viên sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên hủy bỏ yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về việc trao đổi mật.

Hội viên có thể yêu cầu liên lạc kín đáo bằng cách điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu yêu cầu liên lạc kín đáo được đăng tải trên trang kp.org trong phần “Biểu mẫu yêu cầu liên lạc kín đáo”.

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo rằng không người nào không được phép có thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, chúng tôi sẽ không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai mà theo đó không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi cần tiết lộ, trước tiên chúng tôi sẽ phải được quý vị cho phép bằng văn bản. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay mặt quý vị cần xác định sự cho phép bằng văn bản.

Trong một vài trường hợp, chúng tôi sẽ không cần phải xin phép quý vị trước theo hình thức văn bản. Các trường hợp ngoại lệ này sẽ xảy ra khi được pháp luật cho phép hoặc bắt buộc:

- Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho các cơ quan chính phủ để họ có thể kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc của chương trình chúng tôi.

- Chúng tôi có thể tiết lộ PHI nếu có lệnh của tòa án, nhưng chỉ khi luật California cho phép.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare, bao gồm thông tin về các loại thuốc Medicare Phần D của quý vị. Nếu Medicare cần tiết lộ PHI của quý vị để phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc sử dụng vào mục đích khác, họ sẽ phải thực hiện theo luật liên bang.

C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình và nhận bản sao hồ sơ. Chúng tôi có thể tính phí cho việc sao chép hồ sơ y tế của quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc sửa chữa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện việc này, chúng tôi sẽ phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có cần thay đổi hay không.
- Quý vị có quyền được biết liệu chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với người khác cho bất kỳ mục đích nào không thuộc hoạt động thông thường hay không và nếu có thì chúng tôi chia sẻ như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại về quyền riêng tư của PHI, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên.

D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị

Là hội viên thuộc chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin về chương trình, các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình và các dịch vụ được đài thọ mà quý vị có thể sử dụng.

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ thông dịch để trả lời những thắc mắc của quý vị về chương trình chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên. Đây là một dịch vụ miễn phí cho quý vị. Tài liệu này có sẵn bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng Hmong, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt, khi gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng bản in lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc tệp dữ liệu.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ phần nào sau đây, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi bao gồm:
  - thông tin tài chính
  - đánh giá chương trình từ hội viên tham gia
  - số lượng khiếu nại của các hội viên
  - làm thế nào để rời khỏi chương trình

- Các nhà cung cấp và các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
  - cách chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp chăm sóc chính
  - trình độ của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi
  - cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới
- Các dịch vụ và thuốc được đài thọ, bao gồm:
  - các dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này) và các loại thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này) được chương trình của chúng tôi đài thọ
  - giới hạn đối với bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - những quy tắc mà quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc được đài thọ
- Lý do một dịch vụ hoặc thuốc nào đó không được đài thọ và những việc quý vị có thể làm (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này), bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - giải thích bằng văn bản lý do một dịch vụ hoặc hạng mục không được đài thọ
  - thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra
  - thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện và những nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể yêu cầu quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Những đối tượng này cũng không có quyền lập hóa đơn khoản chênh lệch hoặc tính phí quý vị nếu chúng tôi trả ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí. Để tìm hiểu những việc cần làm nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới cố gắng tính phí quý vị cho các dịch vụ được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi

Không ai có thể bắt buộc quý vị tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc Medicare Phần D của mình từ chương trình thuốc theo toa hoặc từ một chương trình MA khác.

- Tham khảo **Chương 10** của *Cẩm Nang Hội Viên* này:
    - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình quyền lợi MA hoặc thuốc mới.
    - Để biết thông tin về cách nhận được quyền lợi Medi-Cal nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của mình cũng như từ những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho chính bản thân.

G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị

Các bác sĩ của quý vị phải giải thích tình trạng của quý vị cùng các lựa chọn điều trị mà quý vị đang có theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Biết các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị.
- **Biết các rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về mọi rủi ro liên quan. Chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết trước nếu có bất kỳ dịch vụ hoặc điều trị nào thuộc một phần của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối các phương pháp điều trị thử nghiệm.
- **Xin ý kiến y tế thứ hai.** Quý vị có quyền sử dụng bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào. Quyền từ chối này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị có quyền dừng sử dụng một loại thuốc kê toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc dừng sử dụng một loại thuốc kê toa thì chúng tôi sẽ không loại quý vị ra khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc dừng sử dụng thuốc, quý vị chấp nhận chịu trách nhiệm hoàn toàn đối với những điều xảy ra với quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền được nhận lời giải thích từ chúng tôi nếu nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị nghĩ rằng mình nên được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho một dịch vụ hoặc một loại thuốc mà chúng tôi từ chối hoặc thường không đài thọ.** Đây được gọi là quyết định bảo hiểm. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hướng dẫn cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm.

G2. Quyền nêu rõ mong muốn của quý vị trong trường hợp quý vị không thể tự đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình

Đôi khi, một người không thể tự đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu đơn bằng văn bản **cho phép ai đó có quyền đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị** nếu có lúc quý vị không thể tự đưa ra quyết định cho mình.
- Cung cấp **cho bác sĩ của quý vị các hướng dẫn bằng văn bản** về cách xử lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định, bao gồm cả những dịch vụ chăm sóc mà quý vị không muốn nhận.

Văn bản pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra các chỉ dẫn của mình được gọi là “chỉ thị trước”. Có nhiều loại chỉ thị trước và chúng có nhiều tên gọi khác nhau. Ví dụ bao gồm ý nguyện trị liệu và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể lập chỉ thị này. Sau đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Nhận biểu mẫu.** Quý vị có thể nhận mẫu đơn từ bác sĩ, luật sư, nhân viên xã hội hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Các mẫu đơn này thường có tại các nhà thuốc và phòng khám của nhà cung cấp. Quý vị có thể tìm mẫu đơn miễn phí trên mạng và tải xuống. Quý vị cũng có thể liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu mẫu đơn.
- **Điền và ký vào mẫu đơn.** Mẫu đơn này là một văn bản pháp lý. Cân nhắc việc nhờ luật sư hoặc người nào khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, để giúp quý vị hoàn thành mẫu đơn này.
- **Cung cấp bản sao của mẫu đơn cho những người cần biết.** Cung cấp một bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ của quý vị. Quý vị cũng nên cung cấp một bản sao cho người mà quý vị chỉ định để đưa ra quyết định thay cho quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định. Quý vị có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình. Giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị nhập viện và có chỉ thị trước đã ký tên, **hãy mang theo một bản sao đến bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị rằng quý vị đã có mẫu đơn chỉ thị trước đã ký tên hay chưa và quý vị có mang theo mẫu đơn này không.
    - Nếu quý vị chưa có mẫu đơn chỉ thị trước đã ký tên, bệnh viện có sẵn các mẫu đơn và sẽ hỏi quý vị có muốn ký tên vào một mẫu đơn hay không.

Quý vị có quyền:

- Đưa chỉ thị trước của quý vị vào trong hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước của quý vị bất kỳ lúc nào.

- Tìm hiểu về những thay đổi đối với luật về chỉ thị trước. Kaiser Permanente Dual Complete sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với luật tiểu bang trong vòng muộn nhất là 90 ngày sau khi có thay đổi.

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 hay không. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên.

G3. Cần làm gì nếu các chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo

Nếu quý vị đã ký tên vào chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo các chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể gửi khiếu nại đến Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được liệt kê trong **Chương 2, Mục F** của *Cẩm Nang Hội Viên này.*

H. Quyền than phiền của quý vị và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định của mình

Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu có bất kỳ vấn đề hoặc mối quan ngại nào về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được đài thọ của quý vị. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, làm đơn khiếu nại để thay đổi quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn than phiền.

Quý vị có quyền được nhận các thông tin về các đơn khiếu nại và than phiền mà các hội viên khác của chương trình đã nộp cho chúng tôi. Hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên để nhận các thông tin này.

H1. Cần làm gì khi quý vị bị đối xử không công bằng hoặc muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đối xử không công bằng với quý vị – và việc đó **không** liên quan đến hành vi phân biệt đối xử vì các lý do được liệt kê trong **Chương 11** của *Cẩm Nang Hội Viên* này – hoặc nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình, quý vị có thể gọi:

- Dịch Vụ Hội Viên.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222. Để biết thêm chi tiết về HICAP, hãy tham khảo **Chương 2**, **Mục E** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Văn Phòng Thanh Tra Medi-Cal theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm chi tiết về chương trình này, hãy tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống tài liệu “Medicare Rights & Protections” (Các Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare) trên trang web của Medicare tại www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm phải thực hiện những điều được liệt kê dưới đây. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

- **Đọc *Cẩm Nang Hội Viên*** này để tìm hiểu những dịch vụ và thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ cũng như các quy tắc cần tuân theo để được đài thọ các dịch vụ và thuốc đó. Để biết thông tin chi tiết về:
  - Các dịch vụ được đài thọ, tham khảo **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Những chương đó sẽ cho quý vị biết những hạng mục được đài thọ, những hạng mục không được đài thọ, những quy tắc cần tuân theo và những hạng mục cần thanh toán.
  - Các loại thuốc được đài thọ, tham khảo **Chương 5 và 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sử dụng được tất cả các lựa chọn bảo hiểm của mình khi được chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.
- **Báo với bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác** rằng quý vị đã ghi danh tham gia chương trình chúng tôi. Quý vị hãy xuất trình Thẻ ID Hội Viên của mình khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc.
- **Giúp bác sĩ** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc tốt nhất.
  - Cung cấp cho họ thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Quý vị hãy tìm hiểu về các vấn đề sức khỏe của mình càng nhiều càng tốt. Tuân theo các phác đồ và chỉ dẫn điều trị mà quý vị và các nhà cung cấp của quý vị đồng ý với nhau.
  - Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác được biết về tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng. Các loại thuốc này bao gồm thuốc, thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng bổ sung.
  - Hãy đặt những câu hỏi mà quý vị thắc mắc. Bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác phải giải thích sao cho quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt một câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Phối hợp với điều phối viên chăm sóc của quý vị**, bao gồm hoàn thành bản đánh giá nguy cơ sức khỏe hàng năm.
- **Quan tâm đến người khác.** Chúng tôi mong tất cả hội viên của chương trình tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng mong quý vị cư xử đúng mực trong phòng khám bác sĩ, bệnh viện và phòng khám của các nhà cung cấp khác.

- **Trả số tiền quý vị còn nợ.** Là hội viên của chương trình, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán các khoản sau đây:
    - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết hội viên của Kaiser Permanente Dual Complete, Medi-Cal sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.
    - Đối với một số loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình khi nhận dịch vụ hoặc thuốc đó. **Chương 6** cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc của mình.
    - Nếu **quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (**Lưu ý:** Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không đài thọ một dịch vụ hoặc thuốc, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại.)
- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển nhà.** Nếu có kế hoạch chuyển nhà, quý vị hãy báo cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.
    - **Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể tham gia chương trình này. **Chương 1** của *Cẩm Nang Hội Viên* này cung cấp thông tin về khu vực phục vụ của chúng tôi.
    - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có đang chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi hay không. Trong giai đoạn ghi danh đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc của Medicare tại địa điểm mới của mình. Chúng tôi có thể báo cho quý vị biết nếu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị.
    - Hãy thông báo cho Medicare và Medi-Cal địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển chỗ ở. Tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
    - **Nếu quý vị chuyển chỗ ở nhưng vẫn ở trong khu vực phục vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần được thông báo.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
    - **Nếu quý vị chuyển đi, hãy thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa).**
- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc có cách thuận tiện hơn để liên lạc với quý vị.
- **Hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối quan ngại.**

Chương 9. Quý vị cần làm gì khi gặp vấn đề khó khăn hoặc than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)

Giới Thiệu

Chương này cung cấp thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để biết những việc cần làm nếu:

- Quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền về chương trình của chúng tôi.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình của chúng tôi cho biết họ sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Quý vị nghĩ rằng các dịch vụ được đài thọ của mình sắp phải chấm dứt quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình, bao gồm các Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) và các dịch vụ tại Cơ Sở Điều Dưỡng (NF).

Chương này gồm các mục khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy thông tin mình đang tìm kiếm. **Nếu gặp vấn đề hoặc có thắc mắc, quý vị hãy đọc các phần trong chương này áp dụng cho trường hợp của mình.**

Quý vị nên được chăm sóc sức khỏe, nhận thuốc cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc của quý vị bao gồm trong chương trình chăm sóc của quý vị. **Nếu gặp vấn đề về dịch vụ chăm sóc của mình, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077 để được trợ giúp**. Chương này giải thích các lựa chọn khác nhau dành cho quý vị đối với các vấn đề và than phiền khác nhau nhưng quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Viên bất cứ lúc nào để được hướng dẫn giải quyết vấn đề của mình. Để biết thêm các nguồn hỗ trợ nhằm giải quyết những quan ngại của quý vị và cách liên hệ với các nguồn hỗ trợ đó, vui lòng tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 9 Mục Lục

A. Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại 265

A1. Về các thuật ngữ pháp lý 265

B. Nơi nhận trợ giúp 265

B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp 265

C. Tìm hiểu về than phiền và khiếu nại đối với Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 267

D. Các vấn đề về quyền lợi của quý vị 267

E. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại 268

E1. Quyết định bảo hiểm 268

E2. Khiếu nại 268

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và khiếu nại 269

E4. Phần nào trong chương này có thể giúp ích cho quý vị 270

F. Chăm sóc y tế 270

F1. Sử dụng mục này 270

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm 271

Quyết định bảo hiểm thông thường 272

Quyết định bảo hiểm nhanh 272

F3. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 274

F4. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2 277

F5. Các vấn đề về thanh toán 284

G. Thuốc Medicare Phần D 285

G1. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại Medicare Phần D 285

G2. Các trường hợp ngoại lệ của Medicare Phần D 287

G3. Những điều quan trọng cần biết khi yêu cầu trường hợp ngoại lệ 288

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ 289

G5. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 291

G6. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2 294

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn 296

H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị 296

H2. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 297

H3. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2 299

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định 300

I1. Thông báo trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc 300

I2. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 301

I3. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2 303

J. Tiếp tục khiếu nại sau Cấp 2 303

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật phẩm Medicare 303

J2. Các khiếu nại Medi-Cal bổ sung 305

J3. Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu về Thuốc Medicare Phần D 305

K. Cách nộp đơn than phiền 306

K1. Những loại vấn đề nào nên được giải quyết bằng than phiền 306

K2. Than phiền nội bộ 308

K3. Than phiền bên ngoài 309

A. Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại

Chương này giải thích cách giải quyết các vấn đề và quan ngại. Quy trình mà quý vị áp dụng sẽ tùy thuộc vào loại vấn đề mà quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình để đưa ra **các quyết định bảo hiểm và khiếu nại** và một quy trình khác để **gửi than phiền** (còn gọi là phàn nàn).

Để đảm bảo tính công bằng và kịp thời, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà cả chúng tôi và quý vị phải tuân thủ.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Chương này có các thuật ngữ pháp lý dành cho một số quy tắc và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số đó có thể sẽ khó hiểu, do đó khi có thể, chúng tôi sẽ sử dụng các từ đơn giản hơn để thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Chúng tôi hạn chế sử dụng từ viết tắt ở mức tối đa.

Ví dụ: chúng tôi sẽ nói:

- “Làm đơn than phiền” thay vì “nộp đơn phàn nàn”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “quyết định quyền lợi”, “quyết định rủi ro” hoặc “xác định phạm vi bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “quyết định cấp tốc”
- “Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập” (Independent Review Organization, IRO) thay vì “Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập” (Independent Review Entity, IRE)

Việc biết các thuật ngữ pháp lý phù hợp có thể giúp quý vị trao đổi rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng cung cấp các thuật ngữ này.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp

Đôi khi có thể gây nhầm lẫn khi bắt đầu hay thực hiện theo quy trình xử lý một vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc có ít năng lượng. Trong những trường hợp khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể gọi cho chương trình của chúng tôi theo số 1-800-443-0815 (TTY 711) để được trợ giúp giải quyết vấn đề hoặc giải đáp thắc mắc.

Trợ giúp từ Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Về Bảo Hiểm Y Tế

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của họ tại https://www.aging.ca.gov/HICAP/. Các tư vấn viên trong HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu phải làm gì để giải quyết vấn đề của mình. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP có các tư vấn viên đã qua đào tạo tại mỗi quận và các dịch vụ đều miễn phí.

Trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal và trao đổi với một nhân viên hỗ trợ về các thắc mắc liên quan đến bảo hiểm y tế của quý vị. Họ có thể cung cấp hỗ trợ pháp lý miễn phí. Chương Trình Thanh Tra Viên không có kết nối với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của chương trình là 1-855-501-3077 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và được trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp từ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California

Thanh Tra Viên trong Chương Trình Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California có thể trợ giúp quý vị. Họ có thể giúp đỡ nếu quý vị gặp vấn đề với việc tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe. Họ cũng có thể giúp đỡ nếu quý vị đã chuyển đi và đang gặp rắc rối trong việc chuyển Medi-Cal của quý vị đến quận mới. Quý vị có thể gọi cho Thanh Tra Viên từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khoẻ Có Quản Lý California

Liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC) California để được trợ giúp miễn phí. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) có trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal hoặc gặp các vấn đề về thanh toán. Số điện thoại là **1-888-466-2219**. Những người bị điếc, khiếm thính hoặc suy giảm khả năng nói có thể sử dụng **số TDD** miễn cước, **1-877-688-9891**. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại **www.dmhc.ca.gov**.

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có phàn nàn đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi cho chương trình theo số **1-800-443-0815 (TTY 711)** và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục phàn nàn này không cấm quý vị thực hiện bất kỳ quyền hạn pháp lý hoặc biện pháp khắc phục nào có thể có. Nếu cần giúp về việc phàn nàn liên quan đến một trường hợp cấp cứu, một đơn phàn nàn chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một đơn phàn nàn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện thoại đến sở này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện được IMR,

quy trình IMR sẽ duyệt xét một cách khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra, liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất, các quyết định bảo hiểm cho các cuộc điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và những tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y khoa cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có **số điện thoại miễn cước** (**1-888-466-2219**) và **đường dây TDD** (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng của sở **www.dmhc.ca.gov** có các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Tìm hiểu về than phiền và khiếu nại đối với Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong chương này áp dụng cho tất cả quyền lợi chăm sóc có quản lý thuộc Medicare và Medi-Cal của quý vị. Đây đôi khi được gọi là "quy trình tích hợp" vì nó kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi không thể kết hợp các quy trình của Medicare và Medi-Cal. Trong những trường hợp đó, quý vị hãy áp dụng một quy trình dành cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác dành cho quyền lợi Medi-Cal. **Mục F4** giải thích những trường hợp này.

D. Các vấn đề về quyền lợi của quý vị

Nếu gặp vấn đề hoặc có thắc mắc, quý vị hãy đọc các phần trong chương này áp dụng cho trường hợp của mình. Bảng sau đây giúp quý vị tìm đúng phần trong chương này để giải quyết các vấn đề hoặc than phiền.

<table>
<tr><th colspan="2">Có phải vấn đề hay quan ngại của quý vị là về các quyền lợi hay phạm vi bảo hiểm của quý vị không?

Trong đó bao gồm các vấn đề xem xét liệu dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể (vật dụng, dịch vụ y tế và/hoặc thuốc 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.</th></tr>
<tr><td>Có.
Vấn đề của tôi liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm.

Tham khảo Mục E, "Quyết định bảo hiểm và khiếu nại".</td><td>Không.
Vấn đề của tôi không liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm.

Tham khảo Mục K, "Cách nộp đơn than phiền".</td></tr>
</table>

E. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và khiếu nại áp dụng cho các vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc Phần B, bao gồm cả việc thanh toán). Để đơn giản, chúng tôi thường gọi chung các vật dụng y tế, dịch vụ y tế và thuốc Phần B là dịch vụ chăm sóc y tế. Quý vị sử dụng quyết định bảo hiểm 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.

E1. Quyết định bảo hiểm

Một quyết định bảo hiểm là một quyết định mà chúng tôi thực hiện về các quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị hay về số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ y tế và thuốc của quý vị. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm. Có thể quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không chắc rằng liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc liệu chúng tôi có thể từ chối cung cấp chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần hay không. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế trước khi quý vị nhận dịch vụ đó hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị.**

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm khi xem xét yêu cầu dịch vụ hoặc yêu cầu thanh toán. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng một dịch vụ hoặc một loại thuốc không được hoặc không còn được Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể khiếu nại.

E2. Khiếu nại

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định đó, quý vị có thể "khiếu nại" quyết định này. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi duyệt xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị khiếu nại một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Khiếu Nại Cấp 1. Trong khiếu nại này, chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi đã tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay chưa. Đơn khiếu nại của quý vị sẽ được xử lý do những người duyệt xét khác mà không phải những người đã đưa ra quyết định bất lợi ban đầu.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu khiếu nại ở Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị đang bị đau dữ dội và cần quyết định nhanh hơn, quý vị có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR) từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin.

Khi hoàn thành việc duyệt xét, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp nhất định, được giải thích ở phần sau của chương này, quý vị có thể yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc cấp tốc hoặc "khiếu nại nhanh" đối với một quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **không** đồng ý với 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 chăm sóc y tế Medicare, thư này sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị đến Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (IRO) để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare Phần D hoặc Medicaid, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định Khiếu Nại Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thực hiện các cấp khiếu nại bổ sung.

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ tổ chức nào sau đây:

- **Dịch Vụ Hội Viên** theo các số điện thoại ở cuối trang.
- **Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.**
- **Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Về Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** theo số 1-800-434-0222.
- **Trung Tâm Hỗ Trợ của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý** (Department of Managed Health Care, DMHC) để được hỗ trợ miễn phí. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal hoặc gặp các vấn đề về thanh toán. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Những người bị điếc, khiếm thính hoặc suy giảm khả năng nói có thể sử dụng số TDD miễn cước 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov. Mặc dù DMHC có thể hỗ trợ những người tham gia các chương trình Medi-Cal được quản lý, nhưng DMHC không thể hỗ trợ những người chỉ tham gia các chương trình Medicare và những người tham gia các Hệ Thống Y Tế Được Tổ Chức Theo Quận (County Organized Health System, COHS) sau đây: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health và CalOptima. Chính quyền liên bang quản lý các chương trình Medicare và Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe quản lý các chương trình COHS.
- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị.** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.
- **Một người bạn hoặc thành viên gia đình.** Quý vị có thể chỉ định một người khác đại diện cho quý vị với tư cách là "người đại diện" của quý vị và yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn khiếu nại.
- **Luật sư.** Quý vị có quyền thuê luật sư, nhưng **không bắt buộc phải có luật sư** thì mới yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn khiếu nại được.
    - Gọi cho luật sư riêng của quý vị hoặc lấy tên luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu luật sư khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đạt tiêu chuẩn.
    - Yêu cầu một luật sư hỗ trợ pháp lý từ Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Nếu muốn một luật sư hoặc người khác làm người đại diện cho mình, quý vị hãy điền vào mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện. Mẫu đơn này sẽ cho phép ai đó đại diện cho quý vị.

Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu mẫu đơn "Chỉ Định Người Đại Diện". Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **Quý vị phải gửi cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký tên.**

E4. Phần nào trong chương này có thể giúp ích cho quý vị

Có bốn trường hợp liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Mỗi trường hợp sẽ có những quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin chi tiết cho từng trường hợp trong một phần riêng biệt của chương này. Tham khảo phần có áp dụng:

- **Mục F**, "Chăm sóc y tế"
- **Mục G**, "Thuốc Medicare Phần D"
- **Mục H**, "Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn"
- **Mục I**, "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định (Mục này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).)

Nếu không rõ mình sử dụng phần nào, quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể nhận được sự trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương Trình Tư Vấn Và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế của quý vị (**Chương 2, Mục C,** của *Cẩm Nang Hội Viên* này có số điện thoại của chương trình này).

F. Chăm sóc y tế

Mục này giải thích những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận được bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả phần chi phí chăm sóc của quý vị mà chúng tôi có trách nhiệm thanh toán. Để biết thông tin về việc yêu cầu kéo dài thời gian nằm viện, vui lòng tham khảo **Mục H**.

Mục này nói về các quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này trong bảng quyền lợi. Trong một số trường hợp, có thể áp dụng các quy tắc khác nhau cho thuốc Medicare Phần B. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi sẽ giải thích cách các quy tắc đối với thuốc Medicare Phần B khác với các quy tắc đối với dịch vụ và vật phẩm y tế.

F1. Sử dụng mục này

Mục này giải thích những việc quý vị có thể làm trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

1. Quý vị cho rằng chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cần nhưng quý vị không nhận được.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm cho quý vị. Tham khảo **Mục F2.**

2. Chúng tôi không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị cho rằng chúng tôi nên phê duyệt.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Mục F3**.

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chúng tôi chi trả, nhưng chúng tôi không thanh toán.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Mục F5**.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chúng tôi chi trả và quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Tham khảo **Mục F5**.

5. Chúng tôi đã giảm hoặc ngừng chi trả cho một số dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc y tế của chúng tôi. Tham khảo **Mục F4.**

   - Nếu phạm vi bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ CORF, thì các quy tắc đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Mục H** hoặc **Mục I** để tìm hiểu thêm thông tin.

   - Đối với tất cả các tình huống khác liên quan đến việc giảm hoặc ngừng chi trả cho một số dịch vụ chăm sóc y tế, hãy sử dụng mục này (**Mục F**) làm hướng dẫn cho quý vị.

6. Quý vị đang gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế hoặc không tìm được bác sĩ.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Mục K2.**

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm

> Khi quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết định đó được gọi là **quyết định tích hợp của tổ chức.**

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bằng cách:

- gọi số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ tiêu chuẩn để được quyết định nhanh, vui lòng gọi cho Bộ Phận Duyệt Xét Cấp Tốc qua số 1-888-987-7247, từ 8:30 sáng đến 5 giờ chiều, 7 ngày trong tuần.
- gửi fax: 1-888-987-2252.
- viết thư:
  - Để có một quyết định bảo hiểm thông thường hay than phiền, hãy viết thư cho văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (vui lòng xem *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để biết các địa điểm).

- Đối với khiếu nại thông thường, hãy làm đơn gửi tới địa chỉ hiển thị trên thông báo từ chối mà chúng tôi gửi cho quý vị. Nếu quyết định bảo hiểm, khiếu nại hoặc than phiền của quý vị đủ tiêu chuẩn để đưa ra quyết định nhanh, hãy viết thư gửi đến:

  Kaiser Permanente
  Expedited Review Unit
  P.O. Box 1809
  Pleasanton, CA 94566

Quyết định bảo hiểm thông thường

Khi chúng tôi đưa ra quyết định cho quý vị, chúng tôi áp dụng thời hạn "thông thường" trừ trường hợp chúng tôi đồng ý áp dụng thời hạn "nhanh". Quyết định bảo hiểm thông thường có nghĩa là chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng:

- **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế thuộc diện áp dụng các quy tắc cho phép trước của chúng tôi.
- **5 ngày làm việc** và không muộn hơn **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **đối với tất cả các dịch vụ hoặc vật phẩm y tế khác**.
- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị đối với **thuốc Medicare Phần B**.

Đối với một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới). Nếu chúng tôi quyết định cần thêm nhiều ngày để đưa ra quyết định, 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 Medicare Phần B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi "than phiền nhanh" về quyết định của chúng tôi trong việc kéo dài thêm thời gian. Khi quý vị lập đơn than phiền nhanh, chúng tôi sẽ trả lời đơn than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ. Quy trình lập thủ tục than phiền khác với quy trình xin quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Để biết thêm thông tin về việc lập đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Quyết định bảo hiểm nhanh

> **Thuật ngữ pháp lý** cho quyết định bảo hiểm nhanh là **quyết định cấp tốc.**

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và yêu cầu phản hồi nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng:

- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế**.
- **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về thuốc Medicare Phần B**.

Đối với một dịch vụ hoặc vật dụng y tế, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi nhận thấy còn thiếu thông tin có thể giúp ích cho quý vị (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) hoặc nếu quý vị cần thêm thời gian để cung cấp thông tin cho việc xem xét. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm nhiều ngày để đưa ra quyết định, 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 Medicare Phần B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian ra quyết định bảo hiểm, quý vị có thể gửi "than phiền nhanh" về quyết định của chúng tôi trong việc kéo dài thêm thời gian. Để biết thêm thông tin về cách gửi than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**. Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi đưa ra quyết định.

Để nhận được một quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu chúng tôi đài thọ cho các vật dụng y tế và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **chưa nhận được.** Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về việc thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận.

- Áp dụng thời hạn thông thường **có thể làm tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe** của quý vị hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ của quý vị thông báo rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu như vậy. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết điều đó và thay vào đó chúng tôi sẽ áp dụng các thời hạn thông thường. Thư này cho quý vị biết:

- Nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh.

- Cách quý vị có thể gửi "than phiền nhanh" về quyết định của chúng tôi khi đưa ra quyết định bảo hiểm thông thường thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về việc lập đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do.

- Nếu chúng tôi **không** đồng ý, quý vị có quyền yêu cầu khiếu nại. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã mắc sai sót, việc khiếu nại là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình và thay đổi quyết định đó.

- Nếu quý vị quyết định khiếu nại, quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của quy trình khiếu nại (tham khảo **Mục F3**).

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu của quý vị đối với quyết định bảo hiểm, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về các trường hợp bác bỏ yêu cầu bao gồm:

- nếu yêu cầu không đầy đủ,
- nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm điều đó, **hoặc**
- nếu quý vị đề nghị 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. Hình thức này được gọi là khiếu nại. Mục tiếp theo sẽ bàn về các khiếu nại.

F3. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1

Để bắt đầu khiếu nại liên quan đến dịch vụ hoặc vật phẩm bị từ chối, hoặc để tiếp tục nhận một dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đang được cung cấp, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711).

Yêu cầu khiếu nại thông thường hoặc khiếu nại nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1-800-443-0815 (TTY 711).

- Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu tiếp tục cung cấp dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã đang nhận được trong thời gian khiếu nại, quý vị có thể cần phải chỉ định họ là người đại diện để thay mặt quý vị hành động.
- Nếu người khiếu nại thay mặt quý vị không phải là bác sĩ của quý vị, hãy kèm theo mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi kp.org.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại mà không cần mẫu đơn này nhưng chỉ khi nhận được mẫu đơn thì chúng tôi mới có thể bắt đầu hoặc hoàn tất việc xem xét. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trước thời hạn đưa ra quyết định về khiếu nại của quý vị:
  - Chúng tôi sẽ bác bỏ yêu cầu của quý vị và
  - Chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho quý vị để giải thích rằng quý vị có quyền yêu cầu IRO xem xét lại quyết định bác bỏ đơn khiếu nại của chúng tôi.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư mà chúng tôi gửi để thông báo quyết định của chúng tôi cho quý vị.
- Nếu quý vị bị lỡ thời hạn mà có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để làm đơn khiếu nại. Ví dụ: lý do chính đáng chẳng hạn như quý vị mắc bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Khi làm đơn khiếu nại, quý vị hãy giải thích lý do đơn khiếu nại của quý vị bị trễ.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin về khiếu nại của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

> Thuật ngữ pháp lý cho "khiếu nại nhanh" là **"yêu cầu xem xét lại cấp tốc".**

- Nếu quý vị khiếu nại một quyết định mà chúng tôi đưa ra về việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu khiếu nại nhanh.

Chúng tôi sẽ tự động đưa ra khiếu nại nhanh nếu bác sĩ của quý vị thông báo rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu như vậy. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận khiếu nại nhanh không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết điều đó và thay vào đó chúng tôi sẽ áp dụng các thời hạn thông thường. Thư này cho quý vị biết:

- Chúng tôi sẽ tự động cung cấp khiếu nại nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.

- Cách quý vị có thể gửi "than phiền nhanh" về quyết định của chúng tôi khi đưa ra khiếu nại thông thường thay vì khiếu nại nhanh. Để biết thêm thông tin về việc lập đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K.**

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ ngừng cung cấp hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đang nhận được, quý vị có thể tiếp tục nhận các dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong thời gian khiếu nại.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc dừng bảo hiểm đối với một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị nhận được, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện điều đó.

- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1.

- Chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó nếu quý vị yêu cầu Khiếu Nại Cấp 1 trong vòng mười ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc chậm nhất vào ngày hiệu lực dự kiến của hành động đó, tùy theo ngày nào muộn hơn.

- Nếu đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật phẩm đó mà không có thay đổi gì trong khi khiếu nại Cấp 1 của quý vị đang chờ được xử lý.

- Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật phẩm khác (không phải là đối tượng khiếu nại của quý vị) mà không có thay đổi nào.

- Nếu quý vị không khiếu nại trước những ngày này thì quý vị sẽ không được tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật phẩm trong khi chờ quyết định khiếu nại của mình.

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận toàn bộ thông tin về yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi 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 thiết. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để lấy thêm thông tin.

Có các thời hạn quy định đối với khiếu nại nhanh.

- Khi áp dụng các thời hạn khiếu nại nhanh, chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phản hồi nhanh hơn.** Nếu chúng tôi từ chối khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ xác nhận bằng lời nói về việc từ chối cho quý vị, bác sĩ, người kê toa hoặc người đại diện của quý vị.
- Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. IRO sau đó sẽ xem xét nó. IRO sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi nhận được khiếu nại của quý vị. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm thường được Medi-Cal đài thọ, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Chúng tôi bao gồm thêm thông tin trong phần sau của chương này. Chúng tôi sẽ không tự động nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal.
- **Nếu chúng tôi chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi khiếu nại của quý vị đến IRO để thực hiện Khiếu Nại Cấp 2.

Có các thời hạn quy định đối với khiếu nại thông thường.

- Khi áp dụng các thời hạn thông thường, chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị về việc bảo hiểm cho các dịch vụ mà quý vị chưa nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Medicare Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
    - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trước thời hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. IRO sau đó sẽ xem xét nó. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm thường được Medi-Cal đài thọ, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Chúng tôi bao gồm thêm thông tin trong phần sau của chương này. Chúng tôi sẽ không tự động nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal.

Nếu chúng tôi chấp thuận toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp quyền bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị; hoặc nhanh nhất có thể theo tình trạng sức khỏe của quý vị và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định; hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được khiếu nại của quý vị nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi **từ chối** toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, **quý vị có các quyền khiếu nại bổ sung:**

- Nếu chúng tôi **không** đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare thì thư này sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị đến IRO để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal thì thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2.

F4. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **từ chối** một phần hoặc toàn bộ Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết nếu Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình này thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật phẩm.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật phẩm mà **Medicare** thường đài thọ, chúng tôi sẽ tự động gửi hồ sơ của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại ngay sau khi Khiếu Nại Cấp 1 hoàn tất.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm thường được **Medi-Cal** đài thọ, quý vị có thể tự mình nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Thư sẽ hướng dẫn quý vị cách thực hiện điều này. Chúng tôi cũng bao gồm thêm thông tin trong phần sau của chương này.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật phẩm mà **cả Medicare và Medi-Cal** có thể đài thọ, quý vị sẽ tự động được chuyển sang Khiếu Nại Cấp 2 với IRO. Ngoài Khiếu Nại Cấp 2 tự động, quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang và Duyệt Xét Y Tế Độc Lập với tiểu bang. Tuy nhiên, sẽ không thực hiện được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập nếu quý vị đã trình bày bằng chứng trong Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn được tiếp tục nhận quyền lợi khi nộp Khiếu Nại Cấp 1, quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc đang được khiếu nại cũng có thể tiếp tục trong Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F3** để biết thông tin về việc tiếp tục nhận quyền lợi trong Khiếu Nại Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được Medicare đài thọ thì quý vị sẽ không thể tiếp tục nhận quyền lợi đối với dịch vụ đó trong quy trình Khiếu Nại Cấp 2 với IRO.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal đài thọ thì quý vị vẫn sẽ tiếp tục được nhận quyền lợi đối với dịch vụ đó nếu quý vị nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm thường được Medicare đài thọ

IRO xem xét khiếu nại của quý vị. Đó là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.

> Tên chính thức của Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (Independent Review Organization, IRO) là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**, đôi khi còn được gọi là **IRE**.

- Tổ chức này không có kết nối với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin khiếu nại của quý vị (“hồ sơ trường hợp” của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị được quyền nhận một bản sao miễn phí của hồ sơ về trường hợp của mình.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.
- Những nhân viên duyệt xét tại IRO sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị có khiếu nại nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có khiếu nại nhanh ở Cấp 2.

- Nếu quý vị đã gửi khiếu nại nhanh đến chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động được nhận khiếu nại nhanh ở Cấp 2. IRO phải đưa ra quyết định về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị đã khiếu nại thông thường Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có quyền khiếu nại thông thường Cấp 2.

- Nếu đã nộp khiếu nại thông thường cho chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động nhận được khiếu nại thông thường Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, IRO phải đưa ra quyết định về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Phần B, IRO phải đưa ra quyết định về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu IRO đưa ra quyết định bằng văn bản cho quý vị và giải thích lý do.

- **Nếu IRO chấp thuận toàn bộ hoặc một phần yêu cầu về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định đó:
    - Cho phép đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ, hoặc**
    - Cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu thông thường hoặc**
    - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với thuốc Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Medicare Phần B đang bị tranh chấp:**
    - **Trong vòng 72 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu thông thường**, **hoặc**
    - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO từ chối toàn bộ hoặc một phần khiếu nại của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế. Điều này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối khiếu nại của quý vị”.
- Nếu hồ sơ của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị sẽ chọn xem quý vị có muốn tiếp tục khiếu nại hay không.
- Có ba cấp bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp.
- Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị phải quyết định xem có nên chuyển sang Cấp 3 và làm đơn khiếu nại lần thứ ba hay không. Thông tin chi tiết về cách thực hiện việc này có trong văn bản thông báo mà quý vị đã nhận được sau Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị.
- Một Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc luật sư trọng tài sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm thường được Medi-Cal đài thọ

Có hai cách để thực hiện khiếu nại Cấp 2 đối với các dịch vụ và vật phẩm Medi-Cal: (1) Nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập hoặc (2) Yêu Cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

(1) Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC)

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc xin Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR) từ Trung Tâm Trợ Giúp tại DMHC. Bằng cách nộp đơn than phiền, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi. DMHC sẽ tự điều tra đơn than phiền của quý vị hoặc quyết định xem trường hợp đó có đủ điều kiện để áp dụng IMR hay không. IMR có thể được thực hiện đối với bất kỳ dịch vụ hoặc vật dụng nào có tính chất y tế được Medi-Cal đài thọ. IMR là quy trình duyệt xét trường hợp của quý vị do các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi hoặc thuộc DMHC thực hiện. Nếu IMR quyết định ủng hộ quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị sẽ không phải trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn dịch vụ hoặc điều trị Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi xác định rằng điều đó là không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không đài thọ cho phương pháp điều trị Medi-Cal thử nghiệm hoặc nghiên cứu đối với một bệnh trạng nghiêm trọng.
- Tranh cãi liệu một dịch vụ hoặc thủ thuật phẫu thuật có tính chất thẩm mỹ hay tái tạo hay không.
- Không thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal cấp cứu hoặc khẩn cấp mà quý vị đã nhận.
- Chưa giải quyết Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị đối với dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với khiếu nại thông thường hoặc 72 giờ hoặc sớm hơn, nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, đối với khiếu nại nhanh.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn khiếu nại với chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Tham khảo **Mục G5** để biết thông tin về quy trình khiếu nại Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp Đơn Yêu Cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR)/Đơn Than Phiền cho DMHC.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị đã nộp đơn khiếu nại cho quý vị nhưng chúng tôi không nhận được mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện của quý vị, quý vị sẽ cần nộp lại đơn khiếu nại của mình cho chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp đơn xin IMR Cấp 2 lên DMHC trừ khi đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở đau đớn dữ dội, có thể mất mạng, chân tay hoặc chức năng chính của cơ thể.

Quý vị có thể yêu cầu thực hiện cả IMR và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang nhưng quý vị không được phép thực hiện IMR nếu đã trình bày bằng chứng trong Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc đã có Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang về cùng một vấn đề.

Nếu dịch vụ điều trị của quý vị bị từ chối vì đó là điều trị thử nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không cần phải tham gia vào quy trình khiếu nại của chúng tôi trước khi nộp đơn xin IMR.

Nếu vấn đề của quý vị khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị đang bị đau đớn dữ dội, quý vị có thể thông báo ngay cho DMHC mà không cần thông qua quy trình khiếu nại của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về khiếu nại của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng cho lý do chính đáng, chẳng hạn như quý vị mắc bệnh khiến quý vị không thể xin IMR trong vòng 6 tháng hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu IMR:

- Điền Đơn Yêu Cầu IMR/Đơn Than Phiền có tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-688-9891.

- Nếu quý vị có chúng, hãy đính kèm các bản sao của thư hoặc giấy tờ khác về dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi đã từ chối. Điều này có thể tăng tốc quá trình IMR. Gửi bản sao của giấy tờ, không phải bản gốc. Trung Tâm Trợ Giúp không thể trả lại bất kỳ giấy tờ nào.

- Điền Mẫu Đơn Người Hỗ Trợ Được Ủy Quyền nếu có người hỗ trợ quý vị trong quá trình yêu cầu IMR. Quý vị có thể tải mẫu đơn từ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-688-9891.

- Nộp Đơn Yêu Cầu IMR/Đơn Than Phiền và mọi tài liệu đính kèm cho DMHC trực tuyến tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

- Nộp qua đường bưu điện hoặc fax:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 1-916-255-5241

Trong vòng bảy ngày, DMHC sẽ xem xét đơn yêu cầu của quý vị và gửi cho quý vị thư xác nhận đã nhận được đơn. Nếu DMHC xác định trường hợp đủ tiêu chuẩn để áp dụng IMR, thì quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 45 ngày sau khi nhận được tất cả tài liệu cần thiết.

Nếu trường hợp của quý vị là khẩn cấp và quý vị đủ tiêu chuẩn yêu cầu IMR, quyết định IMR thường sẽ được đưa ra trong vòng bảy ngày sau khi nhận được tất cả tài liệu bắt buộc.

Nếu không hài lòng với kết quả của IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả các hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị đang sử dụng một bác sĩ không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, điều quan trọng là quý vị phải lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị được yêu cầu nhận các bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định rằng trường hợp của quý vị không đủ điều kiện cho IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị thông qua quy trình than phiền thông thường của người tiêu dùng. Đơn than phiền của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh. Nếu đơn than phiền của quý vị khẩn cấp, đơn đó sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đối với các dịch vụ và vật phẩm được Medi-Cal đài thọ. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu một dịch vụ hoặc vật phẩm mà sẽ không được chúng tôi chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã có và chúng tôi từ chối khiếu nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp **quý vị có 120 ngày để yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi thông báo "Thư Quyết Định Khiếu Nại" được gửi qua đường bưu điện cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang vì chúng tôi thông báo rằng một dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ được thay đổi hoặc chấm dứt, **quý vị phải gửi yêu cầu trong thời hạn ngắn hơn** nếu muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ kết quả Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về việc liệu các quyền lợi có tiếp tục được duy trì trong thời gian khiếu nại Cấp 2 hay không.

Quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang bằng cách sau:

- Truy cập trang web www.cdss.ca.gov.
- Gọi điện thoại đến số 1-800-743-8525. Số điện thoại này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được lời nhắn yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Qua văn bản viết: Điền đơn Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc viết thư. Gửi đơn qua đường bưu điện hoặc fax tới địa chỉ:
- Qua đường bưu điện: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Fax:(916) 309-3487 hoặc số miễn cước 1-833-281-0903
- Quý vị có thể hoàn thành "Đơn Yêu Cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang" ở mặt sau của thông báo hành động. Hãy nhớ cho biết tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An Sinh Xã Hội của quý vị và/hoặc số Nhận Dạng Doanh Nghiệp (CIN) cũng như lý do quý vị muốn mở Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu một người nào đó giúp quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy cho biết tên, địa chỉ và số điện thoại của người đó vào mẫu đơn hoặc thư. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy cho Ban Điều Trần Tiểu Bang biết quý vị nói ngôn ngữ nào. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ sắp xếp thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị là người khuyết tật, Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang có thể sắp xếp miễn phí riêng cho quý vị để giúp quý vị tham gia phiên điều trần. Vui lòng ghi rõ thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và viết rõ quý vị cần bố trí sắp xếp những gì.

Quý vị không phải trả tiền để mở Phiên điều trần cấp Tiểu bang hay IMR.

Quý vị có quyền yêu cầu cả Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và IMR. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu mở Phiên điều trần cấp Tiểu bang trước và phiên điều trần đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu IMR. Trong trường hợp này, quyết định từ Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang là quyết định chính thức. Các quyết định về quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx không tuân theo quy trình IMR.

Các phần dưới đây sẽ cung cấp cho quý vị thêm thông tin về cách yêu cầu mở Phiên điều trần cấp Tiểu bang hoặc IMR.

Kaiser Permanente không giải quyết các đơn than phiền và khiếu nại liên quan đến quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx. Quý vị có thể nộp đơn than phiền và khiếu nại về các quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx bằng cách gọi số 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273 và nhấn phím 5 hoặc 711). Tuy nhiên, những than phiền và khiếu nại liên quan đến quyền lợi nhà thuốc không phụ thuộc Medi-Cal Rx có thể hội đủ điều kiện để được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định liên quan đến quyền lợi nhà thuốc Medi-Cal Rx của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Lưu ý: Các vật phẩm và dịch vụ mà quý vị nhận được qua Chương Trình Hỗ Trợ Cộng Đồng không đủ tiêu chuẩn để thực hiện IMR.

Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ gửi quyết định bằng văn bản cho quý vị và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- Nếu Bộ Phận Điều Trần Cấp Tiểu Bang **chấp thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp vật phẩm hoặc dịch vụ đó **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của họ.

- Nếu Bộ Phận Điều Trần Cấp Tiểu Bang **từ chối** toàn bộ hoặc một phần khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế. Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối khiếu nại của quý vị".

Nếu quyết định của IRO hoặc Bộ Phận Điều Trần Cấp Tiểu Bang là **từ chối** toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có thêm các quyền khiếu nại.

Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị được chuyển đến **IRO**, quý vị chỉ có thể khiếu nại lại nếu giá trị bằng tiền của dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết Khiếu Nại Cấp 3. **Thư quý vị nhận được từ IRO giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có.**

Thư quý vị nhận được từ Bộ Phận Điều Trần Cấp Tiểu Bang mô tả lựa chọn khiếu nại tiếp theo.

Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về quyền khiếu nại của quý vị sau Cấp 2.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới lập hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ và vật phẩm được đài thọ. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức phí nhà cung cấp tính cho một dịch vụ hoặc vật dụng được đài thọ. Quý vị không bao giờ phải thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào. Khoản tiền duy nhất mà quý vị có thể được yêu cầu thanh toán là phần chi phí chia sẻ được mô tả trong Bảng Quyền Lợi tại **Chương 4** (nếu quý vị mất Medi-Cal toàn diện) hoặc trong **Chương 6** (đối với thuốc của quý vị).

Nếu quý vị nhận được một hóa đơn nhiều hơn tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và vật phẩm được đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Đừng tự trả hóa đơn. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý vấn đề này. Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn đó, quý vị có thể được chương trình của chúng tôi hoàn tiền nếu quý vị tuân theo các quy tắc về nhận dịch vụ hoặc vật phẩm đó.

Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên.* Chương này mô tả các trường hợp khi quý vị có thể cần phải yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng hướng dẫn cách gửi cho chúng tôi những giấy tờ để yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu hoàn tiền, quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã thanh toán có được đài thọ hay không và liệu quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã thanh toán được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán, việc đó cũng giống như nói **đồng ý** với yêu cầu xin quyết định bảo hiểm của quý vị.

- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm đó không được đài thọ hoặc quý vị không tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư để báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó và giải thích lý do.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể khiếu nại.** Thực hiện theo quy trình khiếu nại được mô tả trong **Mục F3**. Khi làm theo các hướng dẫn sau đây, quý vị hãy lưu ý:

- Nếu quý vị làm đơn khiếu nại yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu câu trả lời của chúng tôi đối với khiếu nại của quý vị là **Từ chối** và **Medicare** thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó, chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị đến IRO. Nếu việc này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.

- Nếu IRO đảo ngược quyết định của chúng tôi và xác định rằng chúng tôi phải thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán 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 theo lịch.

- Nếu IRO **từ chối** khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị. Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối khiếu nại của quý vị". Quý vị sẽ nhận được một lá thư giải thích về các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về các cấp độ khiếu nại bổ sung.

Nếu câu trả lời của chúng tôi về khiếu nại của quý vị là **từ chối** và Medi-Cal thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó, quý vị có thể tự nộp Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc Medicare Phần D

Các quyền lợi của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi có bao gồm phần đài thọ cho nhiều loại thuốc. Hầu hết trong số này đều là thuốc Medicare Phần D. Có một số loại thuốc mà Medicare Phần D không đài thọ mà Medi-Cal có thể đài thọ. **Mục này chỉ áp dụng cho các khiếu nại về thuốc Medicare Phần D.** Chúng tôi sẽ dùng từ "thuốc" trong nội dung còn lại của mục này thay vì chỉ luôn dùng từ "thuốc Medicare Phần D".

Để được đài thọ, thuốc phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa. Điều đó có nghĩa là thuốc phải được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt hoặc được một số tài liệu tham khảo y tế nhất định hỗ trợ. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.

G1. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại Medicare Phần D

Sau đây là ví dụ về những quyết định bảo hiểm mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
    - Đài thọ cho một loại thuốc Medicare Phần D không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình của chúng tôi hoặc
    - Bỏ qua giới hạn về bảo hiểm của chúng tôi đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận)

- Quý vị hỏi chúng tôi liệu một loại thuốc có được đài thọ cho quý vị hay không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị có trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi nhưng chúng tôi phải chấp thuận cho quý vị trước khi chúng tôi đài thọ)

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị báo cho quý vị biết rằng không thể cung cấp thuốc như trong toa kê, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

> Một quyết định ban đầu về việc đài thọ cho các thuốc Medicare Phần D của quý vị được gọi là **"xác định phạm vi bảo hiểm"**.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua. Đây là yêu cầu quyết định bảo hiểm về việc thanh toán.

Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể khiếu nại quyết định đó của chúng tôi. Phần này hướng dẫn quý vị cả cách yêu cầu cấp quyết định bảo hiểm và cách làm đơn khiếu nại. Sử dụng bảng dưới đây để hỗ trợ quý vị.

Quý vị đã rơi vào tình huống nào trong số này?

Quý vị cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay cần chúng tôi bỏ qua một quy định hay hạn chế về một loại thuốc mà chúng tôi đài thọ.	Quý vị muốn chúng tôi đài thọ một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị cho là quý vị đáp ứng các quy định và hạn chế của chương trình (chẳng hạn như có được sự chấp thuận trước) cho loại thuốc mà quý vị cần.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận và đã thanh toán.	Chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không đài thọ hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách mà quý vị yêu cầu.
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.) Bắt đầu với **Mục G2,** sau đó tham khảo **Mục G3 và G4**.	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra một quyết định bảo hiểm.** Tham khảo **Mục G4**.	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.) Tham khảo **Mục G4**.	**Quý vị có thể lập thủ tục khiếu nại.** (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại). Tham khảo **Mục G5**.

G2. Các trường hợp ngoại lệ của Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không đài thọ cho một loại thuốc theo cách mà quý vị mong muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu một ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác sẽ cần giải thích những lý do y tế giải thích cho việc tại sao quý vị cần ngoại lệ đó.

Yêu cầu đài thọ cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc yêu cầu loại bỏ một hạn chế đối với một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ danh mục thuốc"**.

Yêu cầu được trả mức giá thấp hơn cho một loại thuốc được đài thọ nhưng không thuộc nhóm thuốc ưu tiên đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ về bậc chi trả**.

Sau đây là một số ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. Đài thọ cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

- Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một trường hợp ngoại lệ và đài thọ cho một loại thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, quý vị sẽ thanh toán tiền đồng trả áp dụng cho tất cả các loại thuốc của chúng tôi.
- Quý vị không thể nhận được một trường hợp ngoại lệ đối với số tiền đồng trả bắt buộc cho thuốc.

2. Loại bỏ một hạn chế đối với một loại thuốc được đài thọ

- Một số loại thuốc nhất định trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi có áp dụng các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung (tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin).
- Các quy tắc và giới hạn bổ sung đối với một số loại thuốc nhất định bao gồm:
    - Bắt buộc phải sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược.
    - Được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ thuốc cho quý vị. Đôi khi điều này được gọi là "cho phép trước (PA)".
    - Giới hạn số lượng. Đối với một số loại thuốc, có những hạn chế về số lượng thuốc mà quý vị có thể có.
- Nếu chúng tôi đồng ý cho quý vị một trường hợp ngoại lệ và bỏ qua một hạn chế, quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với số tiền đồng trả mà quý vị phải trả.

3. Thay đổi phạm vi bảo hiểm của một loại thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp thì số tiền đồng trả quý vị phải trả càng ít.

- *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thường bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng bệnh cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc "thay thế".
- Nếu một loại thuốc thay thế dùng cho bệnh trạng của quý vị có bậc chia sẻ chi phí thấp hơn loại thuốc quý vị đang dùng, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ theo số tiền chia sẻ chi phí cho loại thuốc thay thế đó. Điều này sẽ giúp giảm số tiền đồng trả cho thuốc đó.
    - Nếu thuốc quý vị dùng là sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ theo số tiền chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với sản phẩm thay thế sản phẩm sinh học dành cho tình trạng của quý vị.
    - Nếu thuốc quý vị dùng là thuốc biệt dược, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ theo số tiền chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với sản phẩm thay thế thuốc biệt dược dành cho tình trạng của quý vị.
    - Nếu thuốc quý vị dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ theo số tiền chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với sản phẩm thay thế thuốc biệt dược hoặc thuốc gốc dành cho tình trạng của quý vị.
- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí cho bất kỳ loại thuốc nào ở Bậc 5 (thuốc bậc chuyên khoa).
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ về bậc thuốc của quý vị và có nhiều hơn một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, quý vị thường sẽ trả số tiền thấp nhất.

G3. Những điều quan trọng cần biết khi yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết những lý do y tế.

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản báo cáo giải thích lý do y tế tại sao cần yêu cầu một trường hợp ngoại lệ. Để nhận được quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ đó.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng bệnh cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc "thay thế". Nếu có loại thuốc thay thế khác sẽ hiệu quả như loại thuốc quý vị đang yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ **không** chấp thuận yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ về bậc thuốc, chúng tôi thường sẽ **không** chấp thuận yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả loại thuốc thay thế ở (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn không có tác dụng tốt như thế cho quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tác hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hay từ chối yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **chấp thuận** yêu cầu ngoại lệ của quý vị, ngoại lệ này thường có hiệu lực cho đến hết năm dương lịch. Điều này được áp dụng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc đó cho quý vị và thuốc đó tiếp tục được xem là an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng bệnh của quý vị.

- Nếu chúng tôi **từ chối** yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Mục G5** để biết thông tin về cách khiếu nại nếu chúng tôi **từ chối.**

Mục tiếp theo hướng dẫn quý vị cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm, kể cả một ngoại lệ.

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị muốn bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị (hay người kê toa khác) có thể làm việc này. Vui lòng ghi rõ tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu thanh toán của quý vị.

- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người khác đại diện cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể thuê luật sư đại diện cho mình.

- Tham khảo **Mục E3** để biết cách chỉ định một người làm đại diện cho quý vị.

- Quý vị không cần phải cung cấp văn bản cho phép của mình cho bác sĩ hoặc người kê toa khác để yêu cầu quyết định bảo hiểm thay mặt quý vị.

- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho một loại thuốc, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

- Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi "bản giải trình hỗ trợ". Bản giải trình hỗ trợ bao gồm các lý do y tế của bác sĩ hoặc người kê toa khác về yêu cầu ngoại lệ của quý vị.

- Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể gửi bản báo cáo hỗ trợ đó cho chúng tôi qua fax hoặc đường bưu điện. Họ cũng có thể báo cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó gửi bản báo cáo qua fax hoặc đường bưu điện.

Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị một "quyết định bảo hiểm nhanh".

Chúng tôi sẽ áp dụng "thời hạn thông thường" trừ trường hợp chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm thông thường** có nghĩa là chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được bản giải trình của bác sĩ.

- **Quyết định bảo hiểm nhanh** có nghĩa là chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được bản giải trình của bác sĩ.

> "Quyết định bảo hiểm nhanh" được gọi là **"xác định phạm vi bảo hiểm cấp tốc".**

Quý vị có thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Quyết định đó dành cho một loại thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị không thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị đối với một loại thuốc quý vị đã mua.
- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi áp dụng thời hạn thông thường.

Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị theo mốc thời gian quyết định bảo hiểm nhanh. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư có thông tin này.

- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng y tế của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn thông thường thay thế.
    - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo rằng chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn thông thường. Thư này cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại quyết định của chúng tôi.
    - Quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh và nhận được phản hồi trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về việc lập đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Thời hạn của quyết định bảo hiểm nhanh

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được báo cáo hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét. Tham khảo **Mục G6** để biết thêm thông tin về quy trình Khiếu Nại Cấp 2 của chúng tôi.
- Nếu chúng tôi **chấp thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc bản giải trình hỗ trợ của bác sĩ 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 lá thư giải thích lý do. Thư này cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

Thời hạn đối với quyết định bảo hiểm thông thường cho một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được báo cáo hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **chấp thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc bản giải trình hỗ trợ của bác sĩ quý vị cho một trường hợp ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do. Thư này cũng hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

Các thời hạn của một quyết định bảo hiểm thông thường cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **chấp thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ hoàn trả tiền cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- Nếu chúng tôi **từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do. Thư này cũng hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

G5. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1

> Khiếu nại đối với chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là **"yêu cầu xem xét lại của chương trình".**

- Bắt đầu **yêu cầu khiếu nại thông thường hoặc khiếu nại nhanh của quý vị** bằng cách gọi đến số 1-866-206-2973, gửi văn bản hoặc fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị (hay người kê toa khác) có thể làm việc này. Hãy đưa vào tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư mà chúng tôi gửi để thông báo quyết định của chúng tôi cho quý vị.

- Nếu quý vị bị lỡ thời hạn mà có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để làm đơn khiếu nại. Ví dụ: lý do chính đáng chẳng hạn như quý vị mắc bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Khi làm đơn khiếu nại, quý vị hãy giải thích lý do đơn khiếu nại của quý vị bị trễ.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin về khiếu nại của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

> Khiếu nại nhanh còn được gọi là **"yêu cầu xem xét lại khẩn cấp".**

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi đối với loại thuốc mà quý vị không nhận được thì quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có cần khiếu nại nhanh hay không.

- Các yêu cầu đối với khiếu nại nhanh giống với các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Mục G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.

- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có thực hiện theo các 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 ở Cấp 1

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.
    - Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
    - Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ xem xét nó. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình khiếu nại Cấp 2.

- Nếu chúng tôi **chấp thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp quyền bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi 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 lá thư giải thích lý do và hướng dẫn cách quý vị có thể thực hiện khiếu nại.

Thời hạn khiếu nại thông thường ở Cấp 1

- Nếu áp dụng các thời hạn thông thường, chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được.

- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định của mình cho quý vị sớm hơn nếu quý vị không nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định sớm hơn. Nếu quý vị tin rằng tình trạng sức khỏe của mình buộc phải có quyết định sớm hơn, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

    - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ xem xét nó. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và 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 bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong thời gian nhanh nhất có thể theo nhu cầu sức khỏe của quý vị, nhưng **không muộn hơn bảy ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

- Chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị** đối với thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi 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 thư giải thích lý do cho quý vị và hướng dẫn quý vị cách làm đơn khiếu nại.

- Chúng tôi phải đưa ra quyết định về việc hoàn trả tiền cho quý vị đối với thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

    - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ xem xét nó. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình khiếu nại Cấp 2.

- Nếu chúng tôi **chấp thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và hướng dẫn cách quý vị có thể thực hiện khiếu nại.

G6. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc thực hiện một khiếu nại khác. Nếu quý vị quyết định làm đơn khiếu nại khác, quý vị hãy áp dụng quy trình khiếu nại Khiếu Nại Cấp 2. **IRO** sẽ xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **từ chối** khiếu nại đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem liệu chúng tôi có nên thay đổi quyết định của mình hay không.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập" (Independent Review Organization, IRO) là **"Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập",** đôi khi còn được gọi là **"IRE".**

Để lập một Khiếu Nại Cấp 2, quý vị, người đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải liên lạc IRO **bằng văn bản** và yêu cầu duyệt xét đối với trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, thư chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách thực hiện Khiếu Nại Cấp 2** với IRO. Các hướng dẫn sẽ cho biết ai có thể làm đơn Khiếu Nại Cấp 2, phải tuân theo những thời hạn nào và cách tiếp cận tổ chức này.
- Khi quý vị làm đơn khiếu nại với IRO, chúng tôi sẽ gửi cho tổ chức những thông tin chúng tôi có về khiếu nại của quý vị. Thông tin này được gọi là "hồ sơ trường hợp" của quý vị. **Quý vị được quyền nhận một bản sao miễn phí của hồ sơ về trường hợp của mình**. Nếu quý vị cần trợ giúp về việc yêu cầu một bản sao miễn phí hồ sơ về trường hợp của mình, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

IRO sẽ xem xét đơn Khiếu Nại Cấp 2 Medicare Phần D của quý vị và trả lời cho quý vị bằng văn bản. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Thời hạn khiếu nại nhanh ở Cấp 2

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị buộc phải có quyết định nhanh, hãy yêu cầu IRO cấp khiếu nại nhanh.

- Nếu họ đồng ý xử lý khiếu nại nhanh, họ phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị.
- Nếu họ **chấp thuận** toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp khoản bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

Thời hạn khiếu nại thông thường ở Cấp 2

Nếu quý vị có đơn khiếu nại thông thường Cấp 2, IRO sẽ phải trả lời cho quý vị:

- **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi họ nhận được khiếu nại của quý vị về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được.
- **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị về việc hoàn trả chi phí cho một loại thuốc mà quý vị đã mua.

Nếu IRO **đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp khoản bảo hiểm thuốc được phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn tiền cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận quyết định của IRO.
- Nếu IRO nói **không** đồng ý với khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là tổ chức này đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối khiếu nại của quý vị".

Nếu IRO **từ chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền thực hiện Khiếu Nại Cấp 3 nếu giá trị bằng tiền của phạm vi bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đạt mức giá trị tối thiểu. Nếu giá trị tính bằng tiền của khoản bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, quý vị không thể làm thêm đơn khiếu nại. Trong trường hợp đó, quyết định Khiếu Nại Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng. IRO sẽ gửi thư để cho quý vị biết giá trị tiền tối thiểu cần thiết để tiếp tục Khiếu Nại Cấp 3.

Nếu giá trị bằng tiền của yêu cầu của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể lựa chọn có tiếp tục thực hiện khiếu nại hay không.

- Có thêm ba cấp khiếu nại trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2.
- Nếu IRO **từ chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị:
    - Quyết định xem có muốn làm đơn Khiếu Nại Cấp 3 hay không.
    - Tham khảo thư do IRO gửi cho quý vị sau Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị để biết thông tin chi tiết về cách làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi 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. Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm bệnh viện của chương trình chúng tôi, vui lòng tham khảo **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

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 cũng sẽ giúp thu xếp việc chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi rời khỏi bệnh viện.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của mình.

Nếu quý vị cho rằng mình được yêu cầu rời khỏi bệnh viện quá sớm hoặc lo lắng về việc chăm sóc của mình sau khi rời khỏi bệnh viện, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn. Mục này hướng dẫn cho quý vị cách yêu cầu.

Bất kể các quy trình khiếu nại được thảo luận trong **Mục H** này, quý vị cũng có thể gửi đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để tiếp tục thời gian nằm viện của quý vị. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách gửi đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu đưa ra Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để bổ sung cho hoặc thay cho Khiếu Nại Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người nào đó tại bệnh viện, chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên phụ trách hồ sơ, sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản có tên là “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị”. Mọi người hưởng Medicare đều nhận được một bản thông báo này bất cứ khi nào họ được nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo đó, hãy yêu cầu nhân viên bệnh viện đưa cho quý vị. Nếu cần trợ giúp, quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

- **Hãy đọc kỹ thông báo này** và đặt câu hỏi nếu không hiểu. Thông báo này sẽ cho quý vị biết về quyền của mình với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, bao gồm các quyền của quý vị được:
    - Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện. Quý vị có quyền được biết về những dịch vụ này, người sẽ thanh toán cho những dịch vụ đó và nơi quý vị có thể nhận được chúng.
    - Tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của mình.
    - Biết nơi báo cáo bất kỳ thắc mắc nào của mình về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện.
    - Khiếu nại nếu quý vị cho rằng quý vị sẽ được cho xuất viện quá sớm.

- **Ký vào thông báo** để xác nhận rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.
    - Quý vị hoặc người nào đó đại diện cho quý vị có thể ký thông báo này.
    - Việc ký vào thông báo **chỉ** cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Việc ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã thông báo cho quý vị.
- **Giữ bản sao** của thông báo đã ký tên để quý vị có thông tin này nếu cần.

Nếu quý vị ký tên vào thông báo hơn hai ngày trước khi rời bệnh viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao của thông báo này nếu quý vị:

- Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1

Để yêu cầu chúng tôi đài thọ các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình trong thời gian dài hơn, hãy làm đơn khiếu nại. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO) sẽ xem xét Khiếu Nại Cấp 1 này để tìm hiểu xem ngày xuất viện được ấn định có phù hợp về mặt y tế với quý vị hay không.

QIO là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang trả lương. Các chuyên gia này sẽ kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho những người có Medicare. Họ không thuộc chương trình của chúng tôi.

Tại California, QIO là Commence Health. Quý vị có thể gọi cho họ theo số 1-877-588-1123. Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị” và trong **Chương 2**.

Hãy gọi cho QIO trước khi quý vị rời bệnh viện và không muộn hơn ngày xuất viện được ấn định của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện,** quý vị có thể tiếp tục ở lại bệnh viện sau ngày dự kiến xuất viện mà không phải trả chi phí trong khi chờ quyết định của QIO về khiếu nại của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi để khiếu nại,** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định, quý vị có thể phải thanh toán mọi chi phí chăm sóc tại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định đó.

- Vì thời gian nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal đài thọ nên nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng không thụ lý yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc quý vị tin rằng tình trạng của mình là khẩn cấp, liên quan đến mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của mình, hoặc quý vị đang bị đau đớn dữ dội, thì quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC) California tiến hành Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách gửi đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.

Yêu cầu được trợ giúp nếu quý vị cần. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Về Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu duyệt xét nhanh. Quý vị hãy hành động nhanh và liên lạc với QIO để yêu cầu duyệt xét nhanh đối với việc xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho **"duyệt xét nhanh"** là **"duyệt xét ngay lập tức"** hoặc **"duyệt xét cấp tốc"**.

Điều gì xảy ra trong quá trình duyệt xét nhanh

- Những người duyệt xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị rằng tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bảo hiểm sau ngày xuất viện được ấn định. Quý vị không bắt buộc phải viết báo cáo nhưng quý vị có thể làm điều đó.
- Người duyệt xét sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa của ngày sau khi những người đánh giá thông báo cho chương trình của chúng tôi về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư cho biết ngày xuất viện được ấn định của quý vị. Thư cũng đưa ra lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế cho quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho văn bản giải thích này là **"Thông Báo Chi Tiết về Việc Xuất Viện".** Quý vị có thể nhận bản mẫu bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể tham khảo mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Trong vòng một ngày trọn vẹn sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, QIO sẽ thông báo cho quý vị quyết định về khiếu nại của quý vị.

Nếu QIO **chấp thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **từ chối** khiếu nại của quý vị:

- Họ tin rằng ngày xuất viện được ấn định của quý vị phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau khi QIO trả lời cho quý vị về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại bệnh viện sau buổi trưa của ngày tiếp theo mà QIO trả lời cho quý vị về đơn khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể nộp Khiếu Nại Cấp 2 nếu QIO bác Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị **và** quý vị tiếp tục ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định.

H3. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số 1-877-588-1123.

Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày QIO **từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu duyệt xét này **chỉ** khi lưu trú tại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Nhân viên duyệt xét QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Báo cho quý vị biết quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu duyệt xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **chấp thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện kể từ trưa của ngày sau ngày QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **từ chối** khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ gửi thư báo cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Mục E4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.

ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định

Phần này chỉ nói về ba loại dịch vụ mà quý vị có thể nhận được:

- dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn **và**
- chăm sóc phục hồi chức năng với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại CORF được Medicare chấp thuận. Việc này thường có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh hoặc tai nạn hoặc quý vị đang hồi phục sau một ca đại phẫu.

Với bất kỳ loại dịch vụ nào trong ba loại dịch vụ này, quý vị đều có quyền nhận các dịch vụ được đài thọ miễn là bác sĩ cho biết quý vị cần các dịch vụ đó.

Khi chúng tôi quyết định ngừng đài thọ bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải thông báo cho quý vị **trước khi** các dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi bảo hiểm của quý vị đối với dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ dừng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.** Mục này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu khiếu nại.

I1. Thông báo trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo mà quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi dừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo về Việc Medicare Không Đài Thọ”. Thông báo này cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ ngừng đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị nên ký tên vào thông báo để xác nhận rằng quý vị đã nhận được thông báo đó. Việc ký tên vào thông báo **chỉ** xác nhận rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 1

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Phần này sẽ cho quý vị biết về quy trình Khiếu Nại Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Quý vị cần hiểu và tuân theo thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân theo thời hạn. Nếu cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn, quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Mục K** để biết thêm thông tin về than phiền.

- **Yêu cầu được trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

    - Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang.

    - Gọi cho HICAP theo số 1-800-434-0222.

- **Liên lạc QIO.**

    - Tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.

    - Yêu cầu họ duyệt xét khiếu nại của quý vị và quyết định xem có nên thay đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.

    - **Hãy hành động nhanh chóng và yêu cầu "khiếu nại theo quy trình nhanh".** Quý vị hãy hỏi QIO xem việc chúng tôi kết thúc bảo hiểm đối với các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn để quý vị liên lạc với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu khiếu nại vào trưa của ngày trước ngày hiệu lực trong "Thông Báo về Việc Medicare Không Đài Thọ" mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng không thụ lý yêu cầu của quý vị để tiếp tục bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc quý vị tin rằng trường hợp của mình là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của mình hoặc nếu quý vị đang gánh chịu cơn đau đớn dữ dội, quý vị có thể gửi đơn than phiền và yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC) California đưa ra Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách gửi đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.

Thuật ngữ pháp lý cho thông báo bằng văn bản này là **"Thông Báo về Việc Medicare Không Đài Thọ"**. Để nhận bản mẫu, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Hoặc nhận một bản trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Điều gì xảy ra trong quá trình khiếu nại theo quy trình nhanh

- Những nhân viên duyệt xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bảo hiểm. Quý vị không bắt buộc phải viết báo cáo nhưng quý vị có thể làm điều đó.
- Những nhân viên duyệt xét sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và duyệt xét các thông tin mà chương trình chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do chúng tôi kết thúc bảo hiểm đối với các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo này vào cuối ngày mà những nhân viên duyệt xét thông báo cho chúng tôi về khiếu nại của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho bản giải thích về thông báo này là **"Bản Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Đài Thọ"**.

- Nhân viên duyệt xét sẽ đưa ra quyết định trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu QIO **chấp thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **từ chối** khiếu nại của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ dừng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc này vào ngày ghi trong thông báo.
- Quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc này nếu quyết định tiếp tục các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của CORF sau ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc
- Quý vị cần quyết định xem có muốn tiếp tục các dịch vụ này hay không và làm đơn Khiếu Nại Cấp 2.

I3. Thực hiện Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số 1-877-588-1123.

Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu duyệt xét này **chỉ** khi quý vị đã tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày mà bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Nhân viên duyệt xét QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Báo cho quý vị biết quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu duyệt xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **chấp thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc miễn là dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **từ chối** khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc chấm dứt dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ gửi thư báo cho quý vị biết những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và làm đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC đưa ra Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập bổ sung cho hoặc thay cho Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư trọng tài giải quyết các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

J. Tiếp tục khiếu nại sau Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật phẩm Medicare

Nếu đã làm đơn Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật phẩm của Medicare và cả hai đơn khiếu nại này của quý vị đều bị từ chối, quý vị có thể có quyền yêu cầu các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu giá trị tính bằng tiền của dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare mà quý vị đã khiếu nại không đáp ứng một số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không thể khiếu nại bổ sung. Nếu giá trị tính bằng tiền này đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quy trình khiếu nại. Thư mà quý vị nhận được từ IRO đối với Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên lạc với ai và phải làm gì để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là phiên điều trần trước Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ). Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **chấp thuận** khiếu nại của quý vị, chúng tôi có quyền khiếu nại quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **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 đang bị tranh chấp đó.

- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc luật sư trọng tài.

- Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **từ chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể vẫn chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định này, quý vị có thể tiếp tục lên 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 duyệt xét đơn khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **chấp thuận** Khiếu Nại Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của chúng tôi về việc duyệt xét quyết định Khiếu Nại Cấp 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền khiếu nại lên Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **khiếu nại** quyết định đó, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết bằng văn bản.

- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.

Nếu Hội Đồng **bác bỏ** hoặc từ chối yêu cầu duyệt xét của chúng tôi, quy trình khiếu nại có thể vẫn chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Khiếu Nại Cấp 5 hay không và quý vị phải làm gì.

Khiếu Nại Cấp 5

- Một thẩm phán Tòa Án Quận Liên Bang sẽ xem xét khiếu nại của quý vị cùng toàn bộ thông tin và đưa ra quyết định **Chấp thuận** hay **Từ chối.** Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác cao hơn Tòa Án Quận Liên Bang.

J2. Các khiếu nại Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có các quyền khiếu nại khác nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến các dịch vụ hoặc vật phẩm thường được Medi-Cal đài thọ. Thư mà quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ hướng dẫn quý vị những việc cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại.

J3. Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu về Thuốc Medicare Phần D

Mục này có thể sẽ phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 và cả hai khiếu nại đó của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị đã khiếu nại đáp ứng một số tiền nhất định, quý vị có thể được tiếp tục với các cấp khiếu nại khác. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được về Khiếu Nại Cấp 2 sẽ giải thích cần liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là phiên điều trần trước Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ). Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **chấp thuận** khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.

- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với khiếu nại cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **từ chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể vẫn chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định này, quý vị có thể tiếp tục lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Khiếu Nại Cấp 4.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội Đồng sẽ duyệt xét đơn khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **chấp thuận** khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với khiếu nại cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định.

Nếu Hội Đồng **từ chối** khiếu nại của quý vị hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu duyệt xét, quy trình khiếu nại có thể vẫn chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Khiếu Nại Cấp 5 hay không và quý vị phải làm gì.

Khiếu Nại Cấp 5

Một thẩm phán Tòa Án Quận Liên Bang sẽ xem xét khiếu nại của quý vị cùng toàn bộ thông tin và đưa ra quyết định **Chấp thuận** hay **Từ chối.** Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác cao hơn Tòa Án Quận Liên Bang.

K. Cách nộp đơn than phiền

K1. Những loại vấn đề nào nên được giải quyết bằng than phiền

Quy trình than phiền chỉ được áp dụng cho một số loại vấn đề nhất định, chẳng hạn như các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, phối hợp chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Sau đây là những ví dụ về những loại vấn đề được xử lý theo quy trình than phiền.

Đơn than phiền	Ví dụ
Chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được trong bệnh viện.
Tôn trọng sự riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng người nào đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ các thông tin bảo mật về quý vị.
Dịch vụ khách hàng thiếu tôn trọng, kém cỏi hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên cư xử thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị. • Nhân viên của chúng tôi đối xử tệ với quý vị. • Quý vị nghĩ rằng quý vị đang bị loại ra khỏi chương trình của chúng tôi.
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	• Quý vị không thể tiếp cận về mặt thể chất các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại phòng khám bác sĩ hoặc nhà cung cấp. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên nói ngôn ngữ của quý vị mà không phải là tiếng Anh (chẳng hạn như Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ hoặc tiếng Tây Ban Nha). • Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị các tiện nghi hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	• Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc phải chờ quá lâu thì mới đặt được lịch hẹn. • Các bác sĩ, dược sĩ, hoặc các chuyên gia y tế khác, Dịch Vụ Hội Viên, hoặc nhân viên của chương trình khác để quý vị phải chờ đợi quá lâu.
Độ sạch sẽ	• Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không sạch sẽ.

Đơn than phiền	Ví dụ
Các thông tin chúng tôi cung cấp cho quý vị	• Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi cho quý vị thông báo hoặc thư mà lẽ ra quý vị phải nhận được. • Quý vị cho rằng văn bản thông tin mà chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.
Tính kịp thời liên quan đến các quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại	• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời đơn khiếu nại của quý vị. • Quý vị cho rằng, sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại có lợi cho quý vị, chúng tôi sẽ không đáp ứng thời hạn phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn tiền cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế nhất định. • Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi trường hợp của quý vị đến IRO đúng hạn.

Có nhiều loại than phiền khác nhau. Quý vị có thể làm đơn than phiền nội bộ và/hoặc than phiền bên ngoài. Đơn than phiền nội bộ sẽ được nộp lên và được chương trình của chúng tôi duyệt xét. Đơn than phiền bên ngoài sẽ được nộp lên và được một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi duyệt xét. Nếu quý vị cần trợ giúp để làm đơn than phiền nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

> Thuật ngữ pháp lý cho “than phiền” là **“phàn nàn”**.
>
> Thuật ngữ pháp lý cho “lập đơn than phiền” là **“nộp đơn phàn nàn”**.

K2. Than phiền nội bộ

Để than phiền nội bộ, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-443-0815 (TTY 711). Quý vị có thể làm đơn than phiền bất kỳ lúc nào trừ trường hợp than phiền đó là về thuốc Medicare Phần D. Nếu than phiền liên quan đến một loại thuốc Medicare Phần D, quý vị phải gửi đơn than phiền **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi xảy ra vấn đề mà quý vị muốn than phiền.

- Nếu quý vị còn cần làm bất kỳ việc nào khác, Dịch Vụ Hội Viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn than phiền và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi đơn than phiền bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi đơn than phiền của quý vị bằng văn bản.

Chúng tôi phải giải quyết phàn nàn của quý vị trong thời gian sớm nhất theo yêu cầu về sức khỏe của quý vị, nhưng không trễ hơn 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được than phiền của quý vị.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho "than phiền nhanh" là **"phàn nàn cấp tốc".**

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để than phiền, chúng tôi có thể sẽ trả lời quý vị trong cuộc điện thoại đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi phải trả lời nhanh thì chúng tôi sẽ trả lời nhanh.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các đơn than phiền trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch do cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng sẽ cung cấp cập nhật trạng thái và thời gian ước tính mà quý vị sẽ nhận được câu trả lời.

- Nếu quý vị làm đơn than phiền vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "khiếu nại nhanh", chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị "than phiền nhanh" và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.

- Nếu quý vị làm đơn than phiền vì chúng tôi kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị "than phiền nhanh" và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ than phiền của quý vị, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết và đưa ra lý do của chúng tôi. Chúng tôi sẽ phản hồi rằng chúng tôi có đồng ý với than phiền đó hay không.

K3. Than phiền bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể trình bày than phiền của mình với Medicare hoặc gửi than phiền đó cho Medicare. Mẫu Đơn Than Phiền Medicare có tại: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị không cần nộp đơn than phiền cho Kaiser Permanente Dual Complete trước khi nộp đơn than phiền cho Medicare.

Medicare sẽ nghiêm túc xem xét đơn than phiền của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc thắc mắc nào khác hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình bảo hiểm sức khỏe không giải quyết được vấn đề của mình, quý vị cũng có thể gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này được miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California bằng cách gọi số 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi số 711. Vui lòng gọi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) để được trợ giúp làm đơn than phiền về các dịch vụ của Medi-Cal. Đối với các vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn than phiền với DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định trong khiếu nại Cấp 1 của mình hoặc nếu chương trình không giải quyết than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên lạc với DMHC mà không cần nộp đơn khiếu nại Cấp 1 nếu cần trợ giúp làm đơn than phiền liên quan đến một vấn đề khẩn cấp hoặc một vấn đề bao gồm mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, nếu quý vị đang chịu đau đớn dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình chúng tôi về đơn than phiền của quý vị hoặc nếu chương trình của chúng tôi chưa giải quyết đơn than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Trung Tâm Trợ Giúp:

- Gọi số 1-888-466-2219. Những người bị điếc, khiếm thính hoặc suy giảm khả năng nói có thể sử dụng số TTY miễn cước 1-877-688-9891. Cuộc gọi này được miễn phí.
- Truy cập trang web của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (www.dmhc.ca.gov).

Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights, OCR)

Quý vị có thể gửi đơn than phiền lên Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights, OCR) thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Health and Human Services, HHS) nếu quý vị cho rằng mình bị đối xử bất công. Ví dụ: quý vị có thể làm đơn than phiền về khả năng tiếp cận hoặc hỗ trợ ngôn ngữ cho người khuyết tật. Số điện thoại của OCR là 1-800-368-1019. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR tại địa phương theo thông tin sau:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Trung Tâm Phản Hồi Khách Hàng: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disability Act, ADA).

QIO

Khi than phiền về chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể than phiền về chất lượng chăm sóc trực tiếp với QIO.
- Quý vị có thể làm đơn than phiền gửi tới QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị làm đơn than phiền gửi tới QIO, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết than phiền của quý vị.

QIO là một nhóm gồm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang chi trả để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, vui lòng tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Tại California, QIO được gọi là Commence Health. Số điện thoại của Commence Health là 1-877-588-1123.

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Giới Thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm sức khỏe của quý vị sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị vẫn sẽ nằm trong các chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 10 Mục Lục

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi 313

B. Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi 314

C. Cách nhận riêng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal 314

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị 315

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị 318

D. Các vật phẩm, dịch vụ y tế và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt 319

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt 319

F. Các quy định cấm yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 321

G. Quyền than phiền của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 321

H. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 321

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên của họ vào những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal nên quý vị có một số lựa chọn để kết thúc tư cách hội viên với chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi trong các khoảng thời gian sau đây mỗi năm:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong khoảng thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA)**, kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3; và đối với những người mới hưởng Medicare đã ghi danh vào một chương trình, giai đoạn này kéo dài từ tháng bắt đầu đủ điều kiện hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 kể từ tháng bắt đầu đủ điều kiện hưởng. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện để thay đổi ghi danh của mình. Ví dụ khi:

- quý vị dọn nhà ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi,

- tình trạng hội đủ điều kiện để nhận Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Thêm của quý vị đã thay đổi, **hoặc**

- nếu quý vị mới chuyển đến, hiện đang được chăm sóc hoặc mới chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu rời khỏi chương trình của quý vị. Ví dụ: nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 1. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình khác, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Mục C1**.

- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal ở **Mục C2**.

Quý vị có thể biết thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách gọi đến:

- Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang này. Số điện thoại dành cho người dùng TTY cũng được liệt kê.

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều; người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập https://www.aging.ca.gov/HICAP.
- Health Care Options theo số 1-800-430-4263, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-430-7077.
- Văn Phòng Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal theo số 1-888-452-8609, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi email MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc (DMP), quý vị có thể sẽ không thay đổi được chương trình. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định chấm dứt tư cách hội viên, quý vị có thể thực hiện bằng cách ghi danh vào một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare nhưng quý vị chưa chọn một chương trình thuốc Medicare riêng, quý vị phải yêu cầu rút tên ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách để quý vị có thể yêu cầu rút tên:

- Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Liên lạc với Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY (những người gặp khó khăn trong vấn đề nghe nói) vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Khi gọi đến số 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc Medicare khác. Thông tin thêm về việc nhận các dịch vụ Medicare của quý vị khi rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng **Mục C1**.
- Gọi Health Care Options theo số 1-800-430-4263, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-430-7077.
- **Mục C** dưới đây bao gồm các bước quý vị có thể thực hiện để ghi danh vào một chương trình khác, việc này cũng sẽ chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận riêng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal

Quý vị có các lựa chọn về việc nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của mình nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê bên dưới vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có thêm một lựa chọn được liệt kê bên dưới trong một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả trong **Mục A**. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang:	**Sau đây là những việc cần làm:**
Chương Trình Medicare Medi-Cal (Chương Trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, đồng thời kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các Chương Trình Medi-Medi điều phối tất cả các quyền lợi và dịch vụ trong cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ hoặc Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), nếu quý vị đủ tiêu chuẩn. **Lưu ý:** Thuật ngữ Chương Trình Medi-Medi là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP) tích hợp ở California	Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Để được giải đáp thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), vui lòng gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập https://www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh tham gia một Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.

	Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi của quý vị.
2. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare kèm theo một chương trình thuốc của Medicare riêng biệt và Chương Trình Medi-Cal.**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh tham gia vào một chương trình thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ vẫn tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn một chương trình khác.

3. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare không kèm theo một chương trình thuốc Medicare riêng biệt nếu quý vị có lý do rút tên ghi danh hợp lệ** **LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh tham gia cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ vẫn tiếp tục ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn một chương trình khác.
4. Quý vị có thể chuyển sang: **Bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare nào** trong một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hoặc trong các trường hợp khác được mô tả trong **Mục A**.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Để được giải đáp thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), vui lòng gọi số 1-855-921-PACE (7223).

	Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc biết thêm thông tin: • Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh tham gia một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu. Chương Trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Để được giải đáp thắc mắc về cách nhận dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, liên lạc với Health Care Options theo số 1-800-430-4263, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-430-7077. Hoặc truy cập trang web www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay trở lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm Medi-Cal.

D. Các vật phẩm, dịch vụ y tế và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, có thể sẽ phải mất thêm thời gian thì tư cách hội viên của quý vị mới kết thúc và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị mới bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị vẫn tiếp tục nhận thuốc và chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.
- Sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả dịch vụ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi, để nhận thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị trong Kaiser Permanente Dual Complete kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện. Điều này sẽ xảy ra ngay cả khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Đây là các trường hợp chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị có giai đoạn tạm ngừng.
- Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đạt tiêu chuẩn nhận cả Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: Nếu không còn đủ tiêu chuẩn hưởng quyền lợi Medi-Cal, quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi với các quyền lợi của Medicare, vui lòng xem thông tin bên dưới về giai đoạn được xem là đủ điều kiện. Nếu quý vị không còn đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thời gian ân hạn bốn tháng để lấy lại tình trạng hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal 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 những chương trình Medicare Advantage khác của chúng tôi. Các quyền lợi và chi phí tự trả trong những 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 Các Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem nơi quý vị định chuyển đến hoặc đi du lịch có nằm trong khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hay không.

- Nếu quý vị vào tù hoặc trại giam vì phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có đối với thuốc.
- Nếu quý vị không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân Hoa Kỳ nhưng đủ điều kiện.
    - Quý vị phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân Hoa Kỳ nhưng đủ điều kiện trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi.
    - Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên dựa trên cơ sở này.
    - Chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị mất tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal nhưng dự kiến sẽ đủ điều kiện lại trong vòng bốn tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare thuộc phạm vi đài thọ của Kaiser Permanente Dual Complete. Khi phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ không chi trả các quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với các quyền lợi do Kaiser Permanente Dual Complete đài thọ sẽ thay đổi theo mô tả trong Bảng Quyền Lợi trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Quý vị cũng có thể mất Trợ Giúp Thêm từ Medicare để giúp thanh toán thuốc Medicare Phần D của quý vị.

Nếu quý vị khôi phục tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal trong khi vẫn đang ghi danh vào chương trình của chúng tôi để hưởng bảo hiểm Medicare, chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả cho các quyền lợi Medi-Cal của quý vị và trạng thái ghi danh của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ vẫn tiếp tục. Nếu quý vị không thể có lại tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal trong vòng bốn tháng, chúng tôi sẽ rút tên ghi danh quý vị khỏi chương trình Kaiser Permanente Dual Complete. Nếu quý vị có lại tư cách hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal sau khi bị hủy ghi danh, quý vị cần liên hệ với chúng tôi để tái ghi danh vào chương trình.

Chúng tôi chỉ có thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau đây nếu nhận được sự cho phép của Medicare và Medi-Cal trước tiên:

- Nếu quý vị cố ý cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh với chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị với chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị liên tục có hành vi gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và hội viên khác của chương trình chúng tôi.
- Nếu quý vị để người khác sử dụng Thẻ Số Nhận Dạng (ID) Hội Viên của mình để được chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này).

F. Các quy định cấm 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 cứ lý do gì liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, **vui lòng gọi cho Medicare** theo số 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.

G. Quyền than phiền của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị với chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể phàn nàn hoặc than phiền về việc chúng tôi quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về cách gửi đơn than phiền.

H. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của những thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng của *Cẩm Nang Hội Viên này*.

Chương 11 Mục Lục

A. Thông báo về luật 324
B. Thông báo liên bang về không phân biệt đối xử 324
C. Thông báo về không phân biệt đối xử của Medi-Cal 324
D. Thông báo về Medicare với tư cách là bên chi trả thứ hai và Medi-Cal với tư cách là bên chi trả cuối cùng 325
E. Thông báo về việc thu hồi chi phí Medi-Cal từ di sản 326
F. Quản lý *Cẩm Nang Hội Viên* này 326
G. Đơn từ và bản khai báo 326
H. Chuyển nhượng 326
I. Chi phí và lệ phí luật sư và người hỗ trợ 326
J. Điều phối quyền lợi 327
K. Trách nhiệm của người sử dụng lao động 327
L. *Cẩm Nang Hội Viên* ràng buộc đối với hội viên 327
M. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ 327
N. Hội viên không chịu trách nhiệm thanh toán 327
O. Không từ bỏ quyền 328
P. Thông báo 328
Q. Thu hồi khoản thanh toán vượt mức 328
R. Trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba 328
S. Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ 329

T. Quyền lợi bồi thường cho người lao động hoặc trách nhiệm của người sử dụng lao động.....330

U. Biện Pháp Mang Thai Hộ.....330

V. Phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc.....330

A. Thông báo về luật

Nhiều luật áp dụng cho *Cẩm Nang Hội Viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc được giải thích trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang và tiểu bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể áp dụng.

B. Thông báo liên bang 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, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, lịch sử yêu cầu thanh toán, bệnh sử, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng được bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực phục vụ. 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 muốn biết thêm thông tin hoặc có thắc mắc về sự phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập hhs.gov/ocr/index.html để biết thêm thông tin.

C. Thông báo về không phân biệt đối xử của Medi-Cal

Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử khác biệt với quý vị vì chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, lịch sử yêu cầu thanh toán, bệnh sử, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng được bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực phục vụ. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ một cách bất hợp pháp vì lý do tổ tiên, nhận dạng nhóm sắc tộc, nhận dạng giới tính, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có thắc mắc về sự phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi số 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).
  Nếu quý vị tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn phàn nàn về hành vi phân biệt đối xử, hãy liên lạc:
- Qua điện thoại: Gọi tới Dịch Vụ Hội Viên 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày nghỉ lễ).
- Qua đường bưu điện: Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi mẫu đơn cho quý vị.

- Trực tiếp: Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu/Yêu Cầu Thanh Toán Quyền Lợi tại văn phòng Dịch Vụ Hội Viên ở một cơ sở thuộc chương trình (truy cập *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* hoặc kp.org/facilities để biết địa chỉ).
- Trực tuyến: Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang web của chúng tôi tại kp.org.
- Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ bên dưới:

  Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
  Member Relations Grievance Operations
  P.O. Box 939001
  San Diego CA 92193

Nếu phàn nàn của quý vị là về sự phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền đến Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Văn Phòng Dân Quyền, qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói chuyện bình thường, vui lòng gọi số 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).
- Qua thư: Điền mẫu đơn than phiền hoặc gửi thư đến địa chỉ:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Mẫu đơn than phiền có tại dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Qua hình thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như một vấn đề với lối vào cho xe lăn, Dịch Vụ Hội Viên có thể trợ giúp.

D. Thông báo về Medicare với tư cách là bên chi trả thứ hai và Medi-Cal với tư cách là bên chi trả cuối cùng

Đôi khi một bên khác phải thanh toán trước cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị bị tai nạn xe hơi hoặc nếu quý vị bị chấn thương tại nơi làm việc thì bảo hiểm hoặc Bồi Thường Người Lao Động sẽ phải thanh toán trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho những dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ luật và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dành cho hội viên. Chúng tôi thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để đảm bảo Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng.

Hội viên Medi-Cal phải sử dụng các bảo hiểm y tế khác (OHC) trước khi dùng đến Medi-Cal khi dịch vụ đó cũng được cung cấp theo bảo hiểm y tế của quý vị, vì Medi-Cal là bên chi trả cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ là bên thanh toán thứ cấp cho Medicare OHC, chi trả các chi phí được phép không được chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác chi trả lên đến mức Medi-Cal.

E. Thông báo về việc thu hồi chi phí Medi-Cal từ di sản

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu khoản hoàn trả từ tài sản được chứng thực của một số hội viên đã qua đời đối với các quyền lợi Medi-Cal nhận được vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 55 của họ. Khoản hoàn trả bao gồm Phí dịch vụ và phí bảo hiểm chăm sóc được quản lý/thanh toán theo định suất cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ tại nhà và cộng đồng, cũng như các dịch vụ bệnh viện và thuốc theo toa liên quan nhận được khi hội viên là bệnh nhân nội trú tại một cơ sở điều dưỡng hoặc đang nhận các dịch vụ tại nhà và cộng đồng. Khoản hoàn trả không thể vượt quá giá trị tài sản được chứng thực của hội viên.

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập trang mạng về thu hồi chi phí từ di sản của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại **dhcs.ca.gov** hoặc gọi số 916-650-0590.

F. Quản lý *Cẩm Nang Hội Viên* này

Chúng tôi có thể thông qua các chính sách, các thủ tục và cách diễn giải hợp lý để thúc đẩy việc quản lý có tổ chức và hiệu quả *Cẩm Nang Hội Viên* này.

G. Đơn từ và bản khai báo

Quý vị phải hoàn thành bất kỳ đơn từ, mẫu đơn hoặc tuyên bố nào mà chúng tôi yêu cầu theo thủ tục hoạt động thông thường của chúng tôi hoặc như được nêu rõ trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

H. Chuyển nhượng

Quý vị không được chuyển nhượng *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc bất kỳ quyền, lợi ích, yêu cầu thanh toán các phần tiền đến hạn, quyền lợi hoặc nghĩa vụ theo thỏa thuận này mà không có sự đồng ý trước bằng văn bản của chúng tôi.

I. Chi phí và lệ phí luật sư và người hỗ trợ

Trong bất kỳ tranh chấp nào giữa hội viên và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, Nhóm Y Khoa hoặc Kaiser Foundation Hospitals, mỗi bên sẽ tự chịu các khoản phí và chi phí của mình, bao gồm phí luật sư, phí cho người hỗ trợ và các chi phí khác, trừ khi luật có yêu cầu khác.

J. Điều phối quyền lợi

Nếu quý vị có bảo hiểm khác, quý vị phải sử dụng bảo hiểm khác đó kết hợp với bảo hiểm của mình với tư cách là hội viên Kaiser Permanente Dual Complete Plan để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được. Điều này được gọi là "điều phối quyền lợi" vì có liên quan đến việc điều phối tất cả 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 thuộc trách nhiệm của bên thứ ba, hãy xem **Mục S** trong chương này và để biết các khoản thanh toán chính trong các trường hợp bồi thường người lao động, hãy xem **Mục U** trong chương này.

Quý vị phải cho chúng tôi biết liệu quý vị có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác không và cho chúng tôi biết bất cứ khi nào có bất cứ sự thay đổi nào trong bảo hiểm khác của quý vị.

K. Trách nhiệm của người sử dụng lao động

Đối với bất cứ dịch vụ nào mà luật pháp yêu cầu một người sử dụng lao động cung cấp, chúng tôi sẽ không trả cho người sử dụng lao động đó và khi chúng tôi đài thọ bất cứ dịch vụ nào như thế, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của các dịch vụ đó từ người sử dụng lao động.

L. *Cẩm Nang Hội Viên* ràng buộc đối với hội viên

Khi chọn bảo hiểm hoặc chấp nhận các quyền lợi theo *Cẩm Nang Hội Viên* này, tất cả các hội viên hợp pháp có khả năng ký kết và các đại diện hợp pháp của tất cả các hội viên không có khả năng ký kết, đều đồng ý với tất cả các quy định của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

M. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ

Đối với bất cứ dịch vụ nào mà luật pháp yêu cầu được cung cấp chỉ bởi hay được nhận chỉ từ một cơ quan chính phủ, chúng tôi sẽ không trả cho cơ quan chính phủ này; và khi chúng tôi đài thọ cho bất cứ dịch vụ nào như thế, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của những dịch vụ đó từ cơ quan chính phủ này.

N. Hội viên không chịu trách nhiệm thanh toán

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 đài thọ mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

O. Không từ bỏ quyền

Việc chúng tôi không thi hành bất kỳ điều khoản nào của *Cẩm Nang Hội Viên* này sẽ không cấu thành việc miễn trừ trách nhiệm thực hiện điều khoản đó hoặc bất kỳ điều khoản nào khác hoặc làm ảnh hưởng đến quyền đòi hỏi quý vị thực hiện nghiêm ngặt bất kỳ điều khoản nào.

P. Thông báo

Các thông báo của chúng tôi cho quý vị sẽ được gửi đến địa chỉ gần đây nhất mà chúng tôi có. Quý vị chịu trách nhiệm thông báo cho chúng tôi bất cứ thay đổi nào về địa chỉ của quý vị. Nếu quý vị chuyển đi, 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.

Q. Thu hồi khoản 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.

R. Trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba

Thông thường, bên thứ ba gây ra thương tích hoặc bệnh tật cho quý vị (và/hoặc công ty bảo hiểm của họ) phải thanh toán trước khi Medicare hoặc chương trình của chúng tôi thanh toán. Do đó, chúng tôi có quyền yêu cầu bên có trách nhiệm thanh toán các khoản này trước. Nếu quý vị nhận được khoản tiền theo phán quyết hoặc thỏa thuận dàn xếp từ bên thứ ba, hoặc thay mặt bên thứ ba vốn bị cáo buộc là đã gây ra thương tích hoặc bệnh tật mà theo đó quý vị nhận dịch vụ được đài thọ, thì quý vị phải đảm bảo chúng tôi được bồi hoàn đối với các dịch vụ đó.

Lưu ý: Mục “Trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba” này không ảnh hưởng đến nghĩa vụ của quý vị trong việc thanh toán phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ này.

Trong phạm vi được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu, chúng tôi có quyền thế quyền đối với mọi yêu cầu bảo hiểm, quyền khởi kiện và các quyền khác mà quý vị có đối với bên thứ ba, công ty bảo hiểm, chương trình của chính phủ hoặc nguồn bảo hiểm khác để yêu cầu bồi thường thiệt hại bằng tiền, bồi thường hoặc hoàn trả liên quan đến thương tích hoặc bệnh tật được cáo buộc là do bên thứ ba gây ra. Chúng tôi sẽ được thế quyền kể từ thời điểm chúng tôi gửi qua đường bưu điện hoặc giao cho quý vị hoặc luật sư của quý vị văn bản thông báo về việc chúng tôi thực hiện quyền này.

Để bảo vệ quyền của mình, chúng tôi có quyền cầm giữ và quyền đòi bồi hoàn từ mọi khoản tiền thu được theo bất kỳ phán quyết hoặc thỏa thuận dàn xếp nào mà quý vị hoặc chúng tôi nhận được từ bên thứ ba, cũng như từ các loại hình bảo hiểm khác, bao gồm nhưng không giới hạn ở: bảo hiểm trách nhiệm, bảo hiểm người lái xe không có bảo hiểm, bảo hiểm người lái xe không đủ bảo hiểm, bảo hiểm trách nhiệm cá nhân bổ sung, bảo hiểm bồi thường cho người lao động, bảo hiểm thương tích cá nhân,

bảo hiểm chi phí y tế và tất cả các loại hình bảo hiểm quyền lợi trực tiếp khác. Khoản tiền thu được theo bất kỳ phán quyết hoặc thỏa thuận dàn xếp nào mà quý vị hoặc chúng tôi nhận được trước tiên sẽ được dùng để hoàn trả khoản tiền mà chúng tôi có quyền cầm giữ, bất kể quý vị có được bồi hoàn đầy đủ hay không và bất kể tổng số tiền thu được có thấp hơn các tổn thất và thiệt hại thực tế mà quý vị phải gánh chịu hay không. Chúng tôi không bắt buộc phải thanh toán phí luật sư hoặc các chi phí cho bất kỳ luật sư nào do quý vị thuê để theo đuổi yêu cầu bảo hiểm của mình. Nếu quý vị bồi hoàn cho chúng tôi mà không cần tiến hành thủ tục pháp lý, chúng tôi sẽ áp dụng khoản giảm trừ chi phí thu hồi. Nếu phải tiến hành thủ tục pháp lý để thực thi quyền lợi của mình, chúng tôi sẽ không áp dụng khoản giảm trừ chi phí thu hồi. Trong vòng 30 ngày kể? từ khi gửi hoặc nộp yêu cầu bảo hiểm hoặc tiến hành thủ tục pháp lý đối với bên thứ ba, quý vị phải gửi thông báo bằng văn bản về yêu cầu bảo hiểm hoặc thủ tục pháp lý đó đến:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 1-502-753-7064

Để chúng tôi xác định bất kỳ quyền nào mà chúng tôi có thể có và thự?c hiện các quyền đó, quý vị phải hoàn tất và gửi cho chúng tôi tất cả văn bản chấp thuận, miễn trừ, ủy quyền, chuyển nhượng và các tài liệu khác, bao gồm cả các biểu mẫu quyền cầm giữ yêu cầu luật sư của quý vị, bên thứ ba và công ty bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba thanh toán trực tiếp cho chúng tôi. Quý vị không được thỏa thuận từ bỏ, miễn trừ hoặc hạn chế các quyền của chúng tôi theo điều khoản này khi chưa có sự đồng ý trước bằng văn bản của chúng tôi.

Nếu di sản, bố/mẹ, người giám hộ hoặc người quản lý tài sả?n của quý vị đưa ra yêu cầu bảo hiểm đối với bên thứ ba dựa trên thương tích hoặc bệnh tật của quý vị, thì di sản, bố/mẹ, người giám hộ hoặc người quản lý tài sả?n đó, cũng như bất kỳ khoản tiền theo thỏa thuận dàn xếp hoặc phán quyết nào mà di sản, bố/mẹ, người giám hộ hoặc người quản lý tài sả?n đó nhận được đều phải chịu quyền cầm giữ và các quyền khác của chúng tôi trong phạm vi tương tự như trường hợp chính quý vị đưa ra yêu cầu bảo hiểm đối với bên thứ ba. Chúng tôi có thể chuyển giao cho bên khác quyền thực thi quyền cầm giữ và các quyền khác của mình.

S. Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ

Đối với bất cứ dịch vụ nào cho những bệnh trạng phát sinh từ việc phục vụ quân đội mà luật pháp yêu cầu Bộ Cựu Chiến Binh cung cấp, chúng tôi sẽ không trả cho Bộ Cựu Chiến Binh và khi chúng tôi đài thọ bất cứ dịch vụ trong số đó, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của các dịch vụ đó từ Bộ Cựu Chiến Binh.

T. Quyền lợi bồi thường cho người lao động hoặc trách nhiệm của người sử dụng lao động

Quyền lợi bồi thường cho người lao động thường phải thanh toán trước khi Medicare hoặc chương trình của chúng tôi thanh toán. Vì thế, chúng tôi được quyền yêu cầu những khoản thanh toán chính theo luật bồi thường 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 hoặc phải chi trả, hoặc lẽ ra đã được cung cấp hoặc phải chi trả nếu quý vị đã nỗ lực hợp lý để xác lập quyền của mình đối với Quyền Lợi Tài Chính đó theo bất kỳ luật nào về bồi thường cho người lao động hoặc trách nhiệm của người sử dụng lao động.

U. Biện Pháp 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.

V. Phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc

Thông tin sau đây mô tả về phân xử qua trọng tài ràng buộc áp dụng cho những hội viên sau đây:

- Tất cả những hội viên đã ghi danh 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 Medicare Advantage Individual Plan của Kaiser Permanente với ngày hiệu lực là từ ngày 1 tháng 1 năm 2008 trở đi và chưa chính thức từ chối tham gia quy trình phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày ghi danh có hiệu lực.

Đối với tất cả các yêu cầu bồi thường theo phần "Phân Xử Qua Trọng Tài Có Giá Trị Ràng Buộc" này, cả Nguyên Đơn và Bị Đơn đều từ bỏ quyền được tòa án hoặc bồi thẩm đoàn xét xử và chấp nhận sự phân xử tranh chấp qua phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc. Trong phạm vi phần "Phân Xử Qua Trọng Tài Có Giá Trị Ràng Buộc" này áp dụng cho các yêu cầu bồi thường được xác nhận bởi các Bên Kaiser Permanente, quy định này sẽ được áp dụng có hiệu lực trở về trước đối với tất cả các yêu cầu bồi thường chưa được giải quyết phát sinh trước ngày *Cẩm Nang Hội Viên* này có hiệu lực. Việc áp dụng có hiệu lực trở về trước sẽ mang tính ràng buộc chỉ với các Bên Kaiser Permanente.

Phạm vi của việc phân xử qua trọng tài

Mọi tranh chấp nào phải được xem xét bằng thủ tục phân xử qua trọng tài ràng buộc nếu đáp ứng mọi yêu cầu sau đây:

- Yêu cầu bồi thường phát sinh từ hoặc liên quan đến một cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào đi kèm với, phát sinh từ hoặc liên quan đến *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc mối quan hệ của Bên hội viên với Kaiser Foundation Health Plan, Inc., bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào về sơ suất y khoa hoặc sơ suất của bệnh viện (yêu cầu bồi thường cho rằng các dịch vụ hoặc vật phẩm y tế là không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, cẩu thả hoặc thiếu năng lực chuyên môn), về trách nhiệm pháp lý đối với cơ sở vật chất, hoặc liên quan đến việc đài thọ hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật phẩm, không phân biệt các lý thuyết pháp lý làm căn cứ xác nhận yêu cầu bồi thường.

- Yêu cầu bồi thường được xác nhận bởi một hoặc nhiều Bên hội viên chống lại một hay nhiều Bên Kaiser Permanente, hoặc bởi một hay nhiều Bên Kaiser Permanente chống lại một hay nhiều Bên hội viên.

- Luật quy định không ngăn cấm việc dùng thủ tục phân xử qua trọng tài ràng buộc để giải quyết yêu cầu bồi thường.

Hội Viên ghi danh theo *Cẩm Nang Hội Viên* này sẽ từ bỏ quyền của họ trước phiên xử của tòa án hoặc bồi thẩm đoàn và thay vào đó chấp nhận sử dụng phân xử qua trọng tài ràng buộc, ngoại trừ các yêu cầu bồi thường sau không tuân theo phân xử qua trọng tài ràng buộc:

- Những yêu cầu bồi thường thuộc thẩm quyền của Tòa Án Chuyên Xử Các Vụ Khiếu Kiện Nhỏ.

- Những yêu cầu bồi thường theo một thủ tục khiếu nại Medicare khi có thể được áp dụng cho Hội Viên Chương Trình Kaiser Permanente Dual Complete (xem **Chương 9** để biết thông tin về khiếu nại Medicare).

- Những yêu cầu bồi thường mà không thể theo thủ tục phân xử qua trọng tài ràng buộc theo luật quy định.

Như được đề cập trong mục “Phân xử qua trọng tài ràng buộc”, “Bên hội viên” bao gồm:

- Một hội viên.

- Người thừa kế, thân nhân hay người đại diện cá nhân của hội viên.

- Bất cứ người nào yêu cầu rằng một trách nhiệm với người này phát sinh từ quan hệ của hội viên với một hoặc nhiều Bên Kaiser Permanente.

“Bên Kaiser Permanente” bao gồm:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc

- Kaiser Foundation Hospitals.

- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Bất cứ bác sĩ nào thuộc Southern California Permanente Medical Group hay Permanente Medical Group.
- Bất cứ cá nhân hay tổ chức nào có hợp đồng với bất cứ tổ chức được xác định ở trên yêu cầu việc phân xử qua trọng tài đối với những yêu cầu bồi thường do một hoặc nhiều Bên hội viên đưa ra.
- Bất cứ nhân viên hoặc đại diện của bất cứ tổ chức nào được đề cập ở trên.

"Nguyên Đơn" nói đến một Bên hội viên hay một Bên Kaiser Permanente mà xác nhận một yêu cầu bồi thường như được mô tả ở trên. "Bị Đơn" nói đến một Bên hội viên hay một Bên Kaiser Permanente mà bị một yêu cầu bồi thường xác nhận chống lại.

Quy Định về Thủ Tục

Thủ tục phân xử qua trọng tài sẽ được tiến hành theo **Quy Tắc Phân Xử Qua Trọng Tài Hội Viên Kaiser Permanente Do Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập Giám Sát** ("Quy Định về Thủ Tục") do Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập phát triển với sự tư vấn của Kaiser Permanente và Hội Đồng Giám Sát Phân Xử Qua Trọng Tài. Có thể lấy các bản sao Quy Định về Thủ Tục từ Ban Dịch Vụ Hội Viên.

Khởi xướng phân xử qua trọng tài

Nguyên Đơn sẽ bắt đầu thủ tục phân xử qua trọng tài bằng việc tống đạt một Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài. Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài sẽ bao gồm thông tin cơ bản của yêu cầu bồi thường đối với Bị Đơn; số tiền thiệt hại mà Nguyên Đơn muốn nhận lại qua phân xử qua trọng tài; tên, địa chỉ và số điện thoại của Nguyên Đơn và luật sư của họ, nếu có; và tên của tất cả các Bị Đơn. Nguyên Đơn phải đưa vào trong Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài tất cả các yêu cầu bồi thường đối với Bị Đơn dựa trên sự cố, giao dịch hoặc các tình huống liên quan tương tự.

Đệ Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài

Phải tống đạt Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài đối với Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC, and The Permanente Company, LLC bằng cách gửi Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài đến Bị Đơn theo địa chỉ:

- **Các Chương Trình Phía Nam:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **Các Chương Trình Phía Bắc:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

Việc tống đạt cho Bị Đơn đó sẽ được xem là hoàn tất khi nhận được. Mọi Bị Đơn khác, kể cả những cá nhân, phải được tống đạt theo quy định của Bộ Luật Thủ Tục Dân Sự California dành cho một thủ tục dân sự.

Lệ phí nộp đơn

Các Nguyên Đơn sẽ trả một lệ phí nộp đơn duy nhất, không được hoàn lại là $150 mỗi thủ tục phân xử qua trọng tài, trả cho "Tài Khoản Phân Xử Qua Trọng Tài" bất kể số lượng yêu cầu bồi thường được xác nhận trong Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài hoặc số lượng Nguyên Đơn hay Bị Đơn được nêu tên trong Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài.

Bất cứ Nguyên Đơn nào mà tự cho là gặp khó khăn cùng cực có thể yêu cầu Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập miễn lệ phí nộp đơn và lệ phí và chi phí cho trọng tài phân xử trung lập. Nguyên Đơn muốn tìm kiếm những trường hợp miễn lệ phí đó sẽ phải hoàn tất Đơn Xin Miễn Lệ Phí và gửi đơn cho Văn Phòng Quản Trị Viên Độc Lập và đồng thời tống đạt cho các Bị Đơn. Đơn Xin Miễn Lệ Phí đưa ra những tiêu chí để miễn lệ phí và có thể lấy bằng cách gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên.

Số lượng trọng tài viên tham gia phân xử

Số lượng trọng tài viên có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm của Nguyên Đơn đối với việc trả phí và chi phí trọng tài phân xử trung lập (xem Quy Tắc Về Thủ Tục).

Nếu Đơn Yêu Cầu Phân Xử Trọng Tài đòi bồi thường tổng số tiền thiệt hại là $200,000 hoặc ít hơn, tranh chấp đó sẽ được xét xử và quyết định bởi một trọng tài viên trung lập, trừ khi sau khi có tranh chấp xảy ra và yêu cầu phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc đã được đệ trình, các bên đồng ý bằng văn bản rằng thủ tục phân xử qua trọng tài sẽ được xét xử bởi hai trọng tài viên của các bên và một trọng tài viên trung lập. Trọng tài viên trung lập sẽ không có thẩm quyền cấp những khoản tổn thất tiền bạc nhiều hơn $200,000.

Nếu Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài yêu cầu tổng thiệt hại trên $200,000, tranh chấp sẽ được một trọng tài viên trung lập và các trọng tài viên của hai bên xét xử và quyết định, trong đó một trọng tài viên do tất cả các Nguyên Đơn đồng chỉ định và trọng tài viên còn lại do tất cả các Bị Đơn đồng chỉ định. Các bên được quyền chọn một trọng tài cho mỗi bên có thể đồng ý miễn bãi quyền này. Nếu tất cả các bên đều đồng ý, các thủ tục phân xử qua trọng tài này sẽ được phân xử bởi một trọng tài viên trung lập.

Thanh toán lệ phí và chi phí cho trọng tài viên

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., sẽ trả các lệ phí và chi phí cho trọng tài viên trung lập theo một số điều kiện nhất định được đề ra trong Quy Định về Thủ Tục. Trong tất cả những lần phân xử qua trọng tài khác, các lệ phí và chi phí cho trọng tài viên trung lập sẽ được trả một nửa bởi các Nguyên Đơn và một nửa bởi các Bị Đơn.

Nếu các bên chọn trọng tài viên cho mỗi bên, các Nguyên Đơn sẽ chịu trách nhiệm trả các lệ phí và chi phí cho trọng tài viên của bên mình và các Bị Đơn sẽ chịu trách nhiệm trả các lệ phí và chi phí cho trọng tài viên của bên mình.

Chi phí

Ngoại trừ các lệ phí và chi phí cho trọng tài viên trung lập được đề cập ở trên và ngoại trừ khi được bắt buộc theo những luật áp dụng cho những thủ tục phân xử qua trọng tài theo phần "Phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc" này, mỗi bên sẽ chịu phần lệ phí cho luật sư riêng, lệ phí nhân chứng và các chi phí khác của bên mình trong việc kiện hay bào chữa chống lại một yêu cầu thanh toán bất kể tính chất của yêu cầu bồi thường đó hay kết quả của việc phân xử qua trọng tài đó.

Các điều khoản tổng quát

Yêu cầu bồi thường sẽ bị từ bỏ và bị cấm vĩnh viễn nếu (1) vào ngày đệ Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài liên quan đến yêu cầu bồi thường thì yêu cầu bồi thường đó, nếu được xác nhận trong một vụ kiện dân sự, sẽ bị cấm về phía Bị Đơn được tống đạt theo thời hiệu khởi kiện được áp dụng, (2) Nguyên Đơn không đưa ra yêu cầu bồi thường qua trọng tài phân xử theo Quy Định về Thủ Tục với sự cố gắng hợp lý, hoặc (3) buổi phân xử qua trọng tài không được bắt đầu trong vòng năm năm sau thời điểm nào sớm hơn trong số hai thời điểm sau (a) ngày tống đạt Đơn Yêu Cầu Phân Xử Qua Trọng Tài phù hợp với các thủ tục được trình bày tại đây, hoặc (b) ngày nộp đơn dân sự dựa trên cùng vụ việc,

giao dịch hoặc các tình huống có liên quan đến yêu cầu bồi thường. Một yêu cầu bồi thường có thể bị bác bỏ bởi trọng tài viên trung lập dựa trên lý do chính đáng. Nếu một bên không tham gia phiên xử qua trọng tài sau khi được thông báo về thời hạn của việc đó, trọng tài viên trung lập có thể tiến hành xác định cuộc tranh luận với sự vắng mặt của bên đó.

Đạo Luật Cải Cách Bồi Thường Chấn Thương Y Tế California năm 1975 (kể cả bất cứ phần tu chính nào thêm vào đó), bao gồm những phần thiết lập quyền đưa ra bằng chứng cho thấy bất cứ bảo hiểm hay khoản thanh toán quyền lợi diện khuyết tật cho bệnh nhân, mức giới hạn về việc thu hồi đối với những mất mát không thuộc tài chính và quyền nhận được một khoản trợ cấp cho những tổn thất trong tương lai tương ứng với các khoản thanh toán định kỳ, sẽ áp dụng cho bất cứ yêu cầu bồi thường nào về tính cẩu thả trong nghề nghiệp hay bất cứ yêu cầu bồi thường nào khác được cho phép hay được quy định theo luật pháp.

Các trường hợp phân xử qua trọng tài sẽ được điều chỉnh bởi mục "Phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc" này, **Mục 2** của Đạo Luật Phân Xử Qua Trọng Tài Liên bang và Bộ Luật Thủ Tục Dân sự California có liên quan đến thủ tục phân xử qua trọng tài đang có hiệu lực vào thời điểm áp dụng luật, cùng với các Quy định về Thủ Tục, trong phạm vi không mâu thuẫn với mục "Phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc" này. Phù hợp với quy tắc áp dụng theo **Mục 3** và **4** trong Đạo Luật Phân Xử Qua Trọng Tài Liên Bang, quyền phân xử qua trọng tài theo mục "Phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc" này sẽ không bị từ chối, trì hoãn hoặc cản trở vì một tranh chấp giữa Bên hội viên và Bên Kaiser Permanente liên quan đến các yêu cầu bồi thường có thể xác định được hoặc không thể xác định được hoặc bởi vì một hoặc nhiều bên tham gia thủ tục phân xử qua trọng tài cũng là một bên có tố tụng đang chờ tòa án giải quyết với bên thứ ba phát sinh từ các giao dịch tương tự hoặc có liên quan và có khả năng các quyết định hoặc phát hiện xung đột.

Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng

Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng xuyên suốt *Cẩm Nang Hội Viên* này cùng với định nghĩa của chúng. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ mình đang tìm hoặc cần thêm thông tin ngoài nội dung định nghĩa, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (Activities of daily living, ADL): Những việc mà mọi người thực hiện trong một ngày bình thường, chẳng hạn như ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Thẩm phán luật hành chính: Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) là thẩm phán xét xử và đưa ra quyết định đối với các vụ việc liên quan đến các cơ quan chính phủ. Một thẩm phán xem xét khiếu nại cấp 3.

Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP): Một chương trình giúp những người đủ điều kiện đang phải sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV giúp cứu sống.

Mức trợ cấp: Một khoản tín dụng được chỉ định mà quý vị có thể sử dụng để thanh toán chi phí của một vật phẩm hoặc dịch vụ. Nếu chi phí của (các) vật phẩm hoặc (các) dịch vụ mà quý vị chọn vượt quá mức trợ cấp, quý vị sẽ phải trả số tiền vượt quá mức trợ cấp đó, mà không áp dụng cho số tiền tự trả tối đa.

Trung tâm phẫu thuật lưu động: Cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật lưu động cho những bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và được dự kiến là không cần chăm sóc quá 24 giờ.

Khiếu nại: Một cách để quý vị thử thách hành động của chúng tôi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã phạm lỗi. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn khiếu nại. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này trình bày về khiếu nại, bao gồm cả cách làm đơn khiếu nại.

Lập hóa đơn khoản chênh lệch: Là việc nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn yêu cầu hội viên thanh toán phần chênh lệch giữa tổng chi phí mà nhà cung cấp đã tính và số tiền mà chương trình bảo hiểm sức khỏe của hội viên đã chi trả.

Sức khỏe hành vi: Đề cập đến trạng thái khỏe mạnh về cảm xúc, tâm lý và xã hội của chúng ta. Nói một cách đơn giản: Sức khỏe hành vi liên quan đến cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và tương tác với người khác. Đó là một thuật ngữ toàn diện đề cập đến dịch vụ điều trị sức khỏe tinh thần và chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Giai đoạn hưởng quyền lợi: Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare dùng để tính thời gian quý vị sử dụng các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF). Giai đoạn hưởng quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn hưởng quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) trong 60 ngày liên tục. Nếu quý vị vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi giai đoạn hưởng quyền lợi kết thúc, giai đoạn hưởng quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không có giới hạn về số lượng giai đoạn hưởng quyền lợi.

Chế phẩm sinh học: Thuốc được làm từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các chế 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 "Chế phẩm sinh học gốc" và "Thuốc sinh học tương tự").

Thuốc sinh học tương tự: Một loại thuốc sinh học rất giống nhưng không hoàn toàn giống với chế phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự có độ an toàn và hiệu quả như chế 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 thay thế").

Thuốc biệt dược: Một loại thuốc được sản xuất và bán bởi công ty đã phát triển ra loại thuốc đó ban đầu. Thuốc biệt dược có cùng thành phần với phiên bản gốc của loại thuốc này. Thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các công ty thuốc khác và thường không được cung cấp cho đến sau khi bằng sáng chế của thuốc biệt dược đó đã hết hạn.

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc: Một người chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm sức khỏe và với các nhà cung cấp chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Chương trình chăm sóc: Tham khảo "Chương trình chăm sóc cá nhân hóa".

Đội ngũ chăm sóc: Tham khảo "Đội ngũ chăm sóc liên ngành".

Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Giai đoạn trong quyền lợi thuốc Medicare Phần D trong đó chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán mọi chi phí thuốc của quý vị cho đến cuối năm. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi tiêu $2,400 đối với thuốc được Medicare Phần D đài thọ trong năm.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Cơ quan liên bang phụ trách chương trình Medicare. Chương 2 của *Cẩm Nang Hội Viên* này trình bày cách thức liên hệ với CMS.

Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS): Chương trình dịch vụ dành cho bệnh nhân ngoại trú, tại cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu vận động và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/người chăm sóc, dịch vụ dinh dưỡng, dịch vụ chuyên chở và các dịch vụ khác dành cho các hội viên đủ điều kiện đáp ứng các tiêu chí hội đủ điều kiện hiện hành.

Than phiền: Một báo cáo bằng văn bản hoặc bằng lời nói rằng quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được đài thọ của mình. Báo cáo này bao gồm bất kỳ thắc mắc nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức của "làm đơn than phiền" là "nộp đơn phàn nàn".

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc thực hiện đại phẫu. Cơ sở này cung cấp đa dạng các dịch vụ, bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu vận động, trị liệu ngôn ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

Tiền đồng trả: Một khoản tiền cố định mà quý vị phải trả cho phần chi phí của mình mỗi khi quý vị nhận một số dịch vụ hoặc thuốc nhất định. Ví dụ: quý vị có thể trả $2 hoặc $5 cho một dịch vụ hoặc một loại thuốc.

Phần chia sẻ chi phí: Phần chia sẻ chi phí đề cập đến khoản tiền mà hội viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. (Đây là khoản bổ sung cho phí bảo hiểm hàng tháng đối với chương trình của chúng tôi). Chi phí chia sẻ bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của 3 loại khoản thanh toán sau: 1) bất kỳ khoản khấu trừ nào mà chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được chi trả; 2) bất kỳ khoản tiền đồng trả cố định nào mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc 3) bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào, là một tỷ lệ phần trăm trên tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc 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 phẩm đã đặt hàng trước, quý vị sẽ phải thanh toán phần chia sẻ chi phí có hiệu lực vào ngày đặt hàng (mặc dù chúng tôi sẽ không đài thọ vật phẩm này trừ khi quý vị vẫn còn bảo hiểm cho vật phẩm này vào ngày nhận được) và quý vị có thể phải thanh toán phần chia sẻ chi phí khi đặt hàng vật phẩm đó. Đối với thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, ngày đặt hàng là ngày nhà thuốc xử lý đơn đặt hàng sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết để mua thuốc theo toa.

Bậc chia sẻ chi phí: Nhóm thuốc có cùng một khoản tiền đồng trả. Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (còn được gọi là *Danh Sách Thuốc*) thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Thông thường, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí của quý vị cho thuốc đó càng cao.

Quyết định bảo hiểm: Quyết định về những quyền lợi mà chúng tôi đài thọ. Quyết định này sẽ bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế của quý vị. Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này hướng dẫn cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

Thuốc được đài thọ: Thuật ngữ chúng tôi dùng để chỉ tất cả các loại thuốc kê toa và thuốc không kê toa (OTC) được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Dịch vụ được đài thọ: Thuật ngữ chung chúng tôi dùng để chỉ tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc kê toa và thuốc không kê toa, thiết bị, cũng như các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Tín Nhiệm: Bảo hiểm thuốc theo toa (ví dụ từ chủ sử dụng lao động hoặc nghiệp đoàn) dự kiến sẽ chi trả, ở mức trung bình, ít nhất là bằng mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện hưởng 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 được cung cấp tại viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hay môi trường tại cơ sở khác khi quý vị không đòi hỏi 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.

Đào tạo khả năng nhận thức về văn hóa: Hướng dẫn bổ sung cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, giúp họ hiểu rõ hơn về lý lịch, giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS): Cơ quan cấp tiểu bang của California quản lý Chương Trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal).

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC): Sở tiểu bang California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại và than phiền về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR).

Rút Tên Ghi Danh: Quá trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc rút tên ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của riêng quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của riêng quý vị).

Chương Trình Quản Lý Thuốc (Drug Management Program, DMP): Một chương trình giúp đảm bảo hội viên sử dụng an toàn thuốc opioid kê toa và các loại thuốc khác thường bị lạm dụng.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, thuốc biệt dược hoặc thuốc chuyên khoa là các ví dụ về bậc thuốc. Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc thuộc một trong sáu bậc thuốc.

Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho người đủ điều kiện kép (D-SNP): Chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho những cá nhân đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật phẩm nhất định mà bác sĩ chỉ định để quý vị sử dụng tại nhà. Ví dụ: xe lăn, nạng chống, hệ thống nệm điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và vật tư ô-xy, máy khí dung và khung tập đi.

Cấp cứu: Một trường hợp cấp cứu y tế khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế tức thời để ngăn ngừa tử vong, mất bộ phận cơ thể hoặc mất hay tổn hại nghiêm trọng chức năng cơ thể (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai thì để tránh nguy cơ sảy thai). Các triệu chứng y tế này có thể là một căn bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hay một bệnh trạng trở nên nặng hơn nhanh chóng.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được đài thọ được thực hiện do một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu y tế hoặc về sức khỏe hành vi.

Tình Trạng Y Tế Cấp Cứu: Một tình trạng y tế hoặc sức khỏe tinh thần biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính có mức độ nghiêm trọng đủ cao (bao gồm đau dữ dội) khiến một người bình thường thận trọng, có kiến thức trung bình về y tế và sức khỏe, có thể hợp lý cho rằng nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể 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
- Hoạt động khác thường nghiêm trọng của bất kỳ bộ phận hoặc phần cơ thể.

Ngoại lệ: Sự cho phép nhận bảo hiểm cho một loại thuốc thông thường không được đài thọ hoặc sử dụng thuốc mà không cần một số quy tắc và giới hạn nhất định.

Thuốc bị loại trừ: Một loại thuốc không phải là thuốc Phần D được đài thọ, như được định nghĩa theo Điều 42 Bộ Luật Hoa Kỳ (42 U.S.C.). Mục 1395w-102(e).

Dịch vụ bị loại trừ: Các dịch vụ không được đài thọ bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe này.

Trợ Giúp Thêm: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ Giúp Thêm còn được gọi là “Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hoặc “LIS”.

Thuốc gốc: Một loại thuốc được FDA phê duyệt để sử dụng thay thế cho thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và hoạt động hiệu quả như thuốc biệt dược.

Phàn nàn: Than phiền mà quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Than phiền này bao gồm than phiền về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cung cấp.

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn miễn phí, khách quan về Medicare. **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* trình bày cách thức liên hệ với HICAP.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình này cũng có các điều phối viên chăm sóc giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả đều làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Đánh giá nguy cơ sức khỏe (Health risk assessment, HRA): Xem xét bệnh sử và tình trạng hiện tại của quý vị. Đánh giá này được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và tìm hiểu xem sức khỏe của quý vị có thể sẽ thay đổi như thế nào trong tương lai.

Hộ lý chăm sóc tại gia: Một người cung cấp các dịch vụ mà không cần các kỹ năng của điều dưỡng hoặc chuyên gia trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, sử dụng bồn cầu, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập thể dục theo chỉ định). Các hộ lý chăm sóc tại gia không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp trị liệu.

Chăm sóc cuối đời: Một chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người có tiên lượng giai đoạn cuối sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là một người đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh nan y, nghĩa là chỉ còn sống được từ 6 tháng trở xuống.

- Người ghi danh có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một nhóm chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo chuyên biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc cho toàn diện con người, bao gồm các nhu cầu về thể chất, cảm xúc, xã hội và tinh thần.
- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị.

Lập hóa đơn không đúng/không phù hợp: Một trường hợp khi nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ. Nếu nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu, quý vị hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.

Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ cần thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi khi nhận các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi **không** cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia (In-Home Supportive Services, IHSS): Chương Trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã ghi danh về các dịch vụ cung cấp cho quý vị, để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn tại chính nhà mình. IHSS là lựa chọn thay thế cho dịch vụ chăm sóc rời xa gia đình, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc và nội trú. Để nhận được dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ nào có thể được cấp phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt ủi, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (như chăm sóc ruột và bàng quang, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), đi cùng quý vị đến các cuộc hẹn khám bệnh và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ. Các cơ quan dịch vụ xã hội quận quản lý IHSS.

Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về dịch vụ hoặc điều trị y tế, quý vị có thể gửi khiếu nại. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và quý vị gặp vấn đề về dịch vụ Medi-Cal, bao gồm cả tiếp liệu và thuốc DME, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California tiến hành IMR. IMR là một cuộc duyệt xét trường hợp của quý vị do các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu quyết định IMR ủng hộ phía quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc việc điều trị mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị sẽ không phải trả chi phí cho IMR.

Tổ chức duyệt xét độc lập (Independent review organization, IRO): Một tổ chức độc lập do Medicare thuê để xem xét khiếu nại cấp 2. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có đúng không hay có cần thay đổi quyết định đó không. Medicare giám sát việc làm của họ. Tên chính thức là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**.

Chương trình chăm sóc cá nhân hóa (ICP hoặc Chương Trình Chăm Sóc): Chương trình cung cấp các dịch vụ quý vị sẽ nhận được và cách thức quý vị sẽ nhận được các dịch vụ đó. Chương trình của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Giai đoạn đài thọ ban đầu: Giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc Phần D của Medicare của quý vị đạt đến **$2,400.** Số tiền này bao gồm số tiền mà quý vị đã thanh toán, số tiền mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán thay cho quý vị và trợ cấp thu nhập thấp. **Giai đoạn này sẽ được bắt đầu kể từ lần đầu tiên quý vị mua thuốc theo toa trong năm.** Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị trả phần còn lại của mình.

Nội trú: Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được chính thức nhập viện để được hưởng các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu không được nhập viện chính thức, quý vị vẫn có thể được xem là bệnh nhân ngoại trú thay vì bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm.

Chương Trình D-SNP Tích Hợp: Một chương trình dành cho người có nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép đài thọ Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất hoặc các chương trình bảo hiểm sức khỏe liên kết dành cho một số nhóm người đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này được gọi là cá nhân đủ điều kiện nhận toàn bộ lợi ích kép.

Thuốc sinh học tương tự có thể thay thế: Một thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì thuốc này đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng được tự động thay thế. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

Đội ngũ chăm sóc liên ngành (ICT hoặc đội ngũ chăm sóc): Một đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, chuyên viên tư vấn hoặc các chuyên gia y tế khác, những người hỗ trợ quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập chương trình chăm sóc.

Kaiser Foundation Health Plan (Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe): Kaiser Foundation Health Plan, Inc., các khu vực Bắc và Nam California, là một tổ chức phi lợi nhuận và là một tổ chức Medicare Advantage. *Cẩm Nang Hội Viên* này đôi khi gọi Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe là "chúng tôi" hoặc "về chúng tôi".

Kaiser Foundation Hospital: Bệnh viện trong mạng lưới do Kaiser Foundation Hospitals sở hữu và vận hành.

Kaiser Permanente: Health Plan, Medical Group và Kaiser Foundation Hospitals.

Khu Vực Kaiser Permanente (Khu Vực): Tổ chức Kaiser Foundation Health Plan hoặc chương trình bảo hiểm liên kết 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 tình trạng mãn 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, vui lòng tham khảo **Chương 3**, **Mục D4**.

Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (*Danh Sách Thuốc*): Danh sách các thuốc kê toa và thuốc không kê toa (OTC) mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi chọn các loại thuốc trong danh sách này nhờ sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* chỉ ra cho quý vị biết các quy tắc mà quý vị cần tuân theo để nhận được thuốc của mình. *Danh Sách Thuốc* đôi khi được gọi là "danh mục thuốc".

Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (Long-term services and supports, LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện tình trạng y tế dài hạn. Hầu hết các dịch vụ này sẽ giúp quý vị ở trong nhà để quý vị không phải đến cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được chương trình của chúng tôi đài thọ bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS), còn được gọi là chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facilities, NF) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Các chương trình miễn trừ IHSS và 1915(c) là Medi-Cal LTSS được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi.

Trợ cấp cho người có thu nhập thấp (Low-income subsidy, LIS): Tham khảo "Trợ Giúp Thêm".

Chương trình đặt mua qua bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt mua qua bưu điện cho phép quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc theo toa được đài thọ lên đến 3 tháng và thuốc này sẽ được gửi trực tiếp đến nhà của quý vị. Đây có thể là một cách hiệu quả và thuận tiện để mua thuốc theo toa mà quý vị dùng thường xuyên.

Medicaid (hoặc Hỗ Trợ Y Tế): Một chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid cho Tiểu bang California.

Nhóm Y Khoa: Đó là mạng lưới các nhà cung cấp của chương trình mà chương trình của chúng tôi ký hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho quý vị. Tên của các nhóm y khoa của chúng tôi là The Permanente Medical Group, Inc., một công ty chuyên nghiệp vì lợi nhuận và Southern California Permanente Medical Group, một quan hệ đối tác chuyên nghiệp vì lợi nhuận.

Medi-Cal: Đây là tên chương trình Medicaid của California. Medi-Cal là chương trình do tiểu bang quản lý và được thanh toán bởi chính quyền tiểu bang và liên bang.

- Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như các chi phí y tế.
- Chương trình đài thọ cho các dịch vụ và thuốc thêm mà không được Medicare đài thọ.
- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị hội đủ điều kiện với cả Medicare và Medi-Cal.

Chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ đài thọ cho các quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y khoa và phương tiện chuyên chở. Các quyền lợi Medicare là riêng biệt.

Cần thiết về mặt y tế: Đây là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Loại này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Cần thiết về mặt y tế cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y khoa.

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 tình trạng khuyết tật nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần lọc thận hay thay thận). Những người có Medicare có thể nhận được bảo hiểm sức khỏe Medicare thông qua Original Medicare hoặc một chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo “Chương trình bảo hiểm sức khỏe”).

Medicare Advantage: Một chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “MA”, cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để đài thọ cho các quyền lợi Medicare của quý vị.

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng): Một hội đồng xem xét khiếu nại cấp 4. Hội Đồng thuộc một phần của chính phủ Liên Bang.

Các dịch vụ được Medicare đài thọ: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, bao gồm cả chương trình của chúng tôi, phải đài thọ cho tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ.

Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): Một chương trình thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc, cung cấp đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược để vượt qua những thách thức trong việc duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Một người đủ tiêu chuẩn được hưởng bảo hiểm Medicare và Medicaid. Người ghi danh Medicare-Medicaid còn được gọi là “cá nhân đủ điều kiện kép”.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare chi trả hầu hết các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc cuối đời cần thiết về mặt y tế.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare bao gồm các dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và vật tư (chẳng hạn như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh hoặc tình trạng y tế. Medicare Phần B cũng đài thọ cho nhiều dịch vụ phòng ngừa và kiểm tra sàng lọc.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Advantage" hoặc "MA" cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare thông qua Chương Trình MA.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Phần D". Medicare Phần D đài thọ cho thuốc ngoại trú, vắc-xin và một số tiếp liệu không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B hoặc Medicaid đài thọ. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Các thuốc được Medicare Phần D đài thọ. Quốc hội quy định loại trừ cụ thể một số nhóm thuốc khỏi phạm vi bảo hiểm của Medicare Phần D. Medicaid có thể đài thọ một số thuốc trong số này.

Quản Lý Liệu Pháp Dùng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM): Một chương trình Medicare Phần D dành cho những người có nhu cầu chăm sóc phức tạp về sức khỏe, được cung cấp cho những người đáp ứng một số yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương Trình Quản Lý Thuốc. Dịch vụ MTM thường bao gồm thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

Chương Trình Medi-Medi: Chương Trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, đồng thời kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Chương Trình Medi-Medi điều phối tất cả quyền lợi và dịch vụ trên cả hai chương trình, bao gồm tất cả dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ.

Hội Viên (hội viên của chương trình chúng tôi hoặc hội viên chương trình): Một người có Medicare và Medi-Cal đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ được đài thọ, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đó đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang xác nhận.

***Cẩm Nang Hội Viên* và thông tin công bố:** Tài liệu này, cùng với mẫu đơn ghi danh tham gia của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác hoặc điều khoản bổ sung giải thích phạm vi bảo hiểm của quý vị, những việc chúng tôi phải thực hiện, các quyền của quý vị và những việc quý vị phải thực hiện với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Dịch vụ hội viên: Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, đơn phàn nàn và khiếu nại. Tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về Dịch Vụ Hội Viên.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Một nhà thuốc (cửa hàng thuốc) đồng ý lấy các loại thuốc theo toa cho những hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã đồng ý làm việc với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ đài thọ cho các toa thuốc được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Bác Sĩ Trong Mạng Lưới: Bất kỳ bác sĩ có giấy phép nào là đối tác hoặc nhân viên của Nhóm Y Khoa hoặc bất kỳ bác sĩ có giấy phép nào có hợp đồng cung cấp dịch vụ cho các hội viên của chúng tôi (nhưng không bao gồm các bác sĩ chỉ có hợp đồng để giới thiệu bệnh nhân).

Nhà cung cấp trong mạng lưới: Là các nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này đồng ý chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là thanh toán đầy đủ. "Nhà cung cấp" là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ bác sĩ, điều dưỡng và những người cung cấp dịch vụ và chăm sóc khác cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và những nơi cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y khoa và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là "nhà cung cấp trong mạng lưới" khi họ đồng ý làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí cho hội viên.
- Khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ được đài thọ. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "các nhà cung cấp thuộc chương trình".

Viện dưỡng lão hoặc cơ sở điều dưỡng: Một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm viện.

Thanh tra viên: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị làm việc với tư cách là người biện hộ thay mặt quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ thanh tra viên đều miễn phí. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Quyết định của tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi, hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi, quyết định về việc liệu các dịch vụ có được đài thọ hay không hoặc quý vị phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ được đài thọ. Những quyết định của tổ chức được gọi là những "quyết định bảo hiểm". **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* trình bày các quyết định bảo hiểm.

Chế phẩm sinh học gốc: Một chế phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và được sử dụng làm sản phẩm đối chiếu cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản thuốc sinh học tương tự. Đó còn được gọi là chế phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo dịch vụ): Chương trình Medicare do chính phủ cung cấp. Theo Original Medicare, các dịch vụ sẽ được đài thọ bằng cách thanh toán số tiền mà Quốc Hội quyết định cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare có sẵn ở khắp mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Một nhà thuốc đã không đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các loại thuốc được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi sẽ không đài thọ cho hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài mạng lưới: Nhà cung cấp hoặc cơ sở không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc vận hành và không ký hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho hội viên của chương trình chúng tôi. **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này trình bày các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Chi phí tự trả: Yêu cầu chia sẻ chi phí để các hội viên thanh toán một phần dịch vụ hoặc thuốc mà họ nhận được còn được gọi là yêu cầu chi phí “tự trả”. Tham khảo định nghĩa về “phần chia sẻ chi phí” ở trên.

Thuốc không kê toa (OTC): Thuốc không kê toa là thuốc hoặc dược phẩm mà một người có thể mua mà không cần toa thuốc do chuyên gia y tế kê toa.

Phần A: Tham khảo “Medicare Phần A”.

Phần B: Tham khảo “Medicare Phần B”.

Phần C: Tham khảo “Medicare Phần C”.

Phần D: Tham khảo “Medicare Phần D”.

Thuốc Phần D: Tham khảo “Thuốc Medicare Phần D”.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần khám bác sĩ và tiền sử bệnh của quý vị. Tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của quý vị.

Chi phí của chương trình: Chi Phí của Chương Trình có nghĩa là các khoản sau:

- Đối với những dịch vụ được cung cấp bởi Medical Group hay Kaiser Foundation Hospitals, các mức phí trong danh mục phí của Medical Group và Kaiser Foundation Hospitals của Health Plan dành cho những dịch vụ được cung cấp cho hội viên.
- Đối với các dịch vụ mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (ngoài Tổ Chức Y Khoa 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 được lấy tại một nhà thuốc do Kaiser Permanente làm chủ và điều hành, số tiền mà nhà thuốc sẽ tính cho một hội viên đối với vật dụng đó nếu một chương trình quyền lợi của hội viên không đài thọ vật dụng đó (số tiền này là phần ước tính từ: chi phí tiếp nhận, lưu trữ và cấp thuốc; chi phí trực tiếp và không trực tiếp khi cung cấp các dịch vụ nhà thuốc Kaiser Permanente cho hội viên; và phần đóng góp của chương trình nhà thuốc vào yêu cầu doanh thu thuần của Health Plan).
- 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.

Dịch vụ chăm sóc sau ổn định: Các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế có liên quan đến tình trạng y tế cấp cứu của quý vị mà quý vị nhận được sau khi bác sĩ điều trị cho quý vị xác định rằng tình trạng của quý vị đã ổn định. 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.

Dịch vụ phòng ngừa: Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi việc điều trị có thể mang lại hiệu quả tốt nhất (ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm kiểm tra ung thư cổ tử cung, chích ngừa cúm và phim chụp quang tuyến vú để kiểm tra sàng lọc).

Nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần để luôn khỏe mạnh.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị với họ.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp chăm sóc chính của mình trước khi sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Tham khảo **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp chăm sóc chính.

Cho phép trước (PA): Một sự chấp thuận mà quý vị phải nhận được từ phía chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể hoặc sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu trước tiên quý vị không được chấp thuận thì chương trình của chúng tôi có thể sẽ không đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được đài thọ cần có PA của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ một số thuốc nếu quý vị nhận được PA của chúng tôi.

- Các thuốc được đài thọ cần có PA của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* và các quy định được đăng trên trang web của chúng tôi.

Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (Program of All-Inclusive Care for the Elderly): Một chương trình đài thọ cho cả quyền lợi Medicare lẫn Medicaid dành cho những người từ 55 tuổi trở lên, những người cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình: Các thiết bị y khoa do bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay nhân tạo; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Nhà cung cấp Là bác sĩ, điều dưỡng và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị và được tiểu bang cấp phép. Nhà cung cấp cũng bao gồm bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, phòng khám và những nơi khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y khoa và một số LTSS nhất định.

Tổ chức cải thiện chất lượng (Quality improvement organization, QIO): Một nhóm gồm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Chính phủ liên bang sẽ trả tiền cho QIO để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể được cấp. Chúng tôi có thể sẽ giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi đài thọ cho mỗi toa thuốc.

Công Cụ Quyền Lợi Thời Gian Thực: Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và thuốc được đài thọ 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.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là sự chấp thuận của nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị hoặc của chúng tôi cho phép sử dụng một nhà cung cấp khác với PCP của quý vị. Nếu trước tiên quý vị không được chấp thuận thì chương trình của chúng tôi có thể sẽ không đài thọ cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giới thiệu để thăm khám các bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu trong **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Sự điều trị mà quý vị nhận được để giúp quý vị hồi phục sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc thực hiện đại phẫu. Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), trị liệu ngôn ngữ và lời nói và hoạt động trị liệu. Tham khảo **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tinh thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), Vi-rút Gây Suy Giảm Miễn Dịch Ở Người (HIV)/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS), tấn công tình dục và phá thai, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, chăm sóc xác định giới tính và bạo lực từ bạn tình.

Khu vực phục vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình này giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi họ sinh sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, khu vực phục vụ thông thường là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Chỉ những ai sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể ghi danh tham gia vào chương trình của chúng tôi.

Khu vực phục vụ được mô tả trong **Chương 1** nhằm mục đích chia sẻ chi phí, ghi danh và rút tên ghi danh. Để nhận được các dịch vụ được đài thọ, quý vị sẽ được chăm sóc bởi các nhà cung cấp trong mạng lưới ở bất kỳ đâu trong khu vực phục vụ của (các) Khu vực của quý vị (tham khảo *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* của chúng tôi).

Dịch Vụ: Dịch vụ, vật tư hoặc vật phẩm chăm sóc sức khỏe.

Chia sẻ chi phí: Phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể phải trả mỗi tháng trước khi các quyền lợi của quý vị có hiệu lực. Mức chia sẻ chi phí của quý vị sẽ khác nhau tùy thuộc vào thu nhập và nguồn lực của quý vị.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled nursing facility, SNF): Một cơ sở điều dưỡng có đội ngũ nhân viên và trang thiết bị cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trong hầu hết các trường hợp, còn có các dịch vụ phục hồi chức năng và các dịch vụ y tế liên quan khác.

Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Các dịch vụ chăm sóc và phục hồi chức năng điều dưỡng chuyên môn được cung cấp liên tục và hàng ngày trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) mà có thể được y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký thực hiện.

Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt: Khoảng thời gian được ấn định khi hội viên có thể thay đổi chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc của mình, hoặc quay lại Original Medicare. Các trường hợp mà quý vị có thể đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt bao gồm: nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực phục vụ, nếu quý vị đang nhận Trợ Giúp Thêm cho chi phí thuốc theo toa, nếu quý vị chuyển vào viện dưỡng lão, hoặc nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị.

Bác Sĩ Chuyên Khoa: Bác sĩ điều trị một số loại vấn đề chăm sóc sức khỏe nhất định. Ví dụ, bác sĩ khoa chỉnh hình điều trị gãy xương; bác sĩ chuyên khoa dị ứng điều trị dị ứng; và bác sĩ chuyên khoa tim mạch điều trị các vấn đề về tim. Trong hầu hết các trường hợp, hội viên sẽ cần có giấy giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) để đến gặp bác sĩ chuyên khoa.

Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên khoa.

Thuốc Bậc Chuyên Khoa: Các thuốc có chi phí rất cao được FDA phê chuẩn và có trong danh mục thuốc của chúng tôi.

Phiên điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không chấp thuận hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, quý vị có thể yêu cầu mở phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đưa ra quyết định ủng hộ phía quý vị thì chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI): Quyền lợi An Sinh Xã Hội hàng tháng trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, những người khuyết tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp: Chăm sóc mà quý vị nhận được cho một bệnh, chấn thương hoặc tình trạng sức khỏe không lường trước được, không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc cần gấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới vì điều kiện thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh, hoặc việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình và quý vị cần các dịch vụ cần thiết về mặt y tế ngay lập tức cho một tình trạng không lường trước được nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế).

Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente Dual Complete

GỌI	1-800-443-0815 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Ban Dịch Vụ Hội Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những hội viên không nói Tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi tới số này được miễn cước. 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Văn phòng Dịch Vụ Hội Viên tại địa phương của quý vị (vui lòng xem *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để biết địa điểm).
TRANG WEB	kp.org

Thông Báo Tiết Lộ Thông Tin theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act, PRA) *Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai buộc phải trả lời yêu cầu thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát hợp lệ của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, OMB). Số kiểm soát có hiệu lực của OMB cho yêu cầu thu thập thông tin này là 0938-1444. Nếu quý vị có ý kiến đóng góp hoặc đề xuất để cải thiện mẫu đơn này, xin vui lòng gửi thư về địa chỉ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Trong tài liệu này, "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi" có nghĩa là Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., và Southern California Medical Group). Thông báo này hiện có trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**.

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Chúng tôi tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang.

Chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau đây một cách kịp thời:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - ♦ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
  - ♦ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - ♦ Thông dịch viên đủ trình độ
  - ♦ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới. Cuộc gọi này được miễn cước. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng đĩa thu âm hay các định dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với chúng tôi nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn qua điện thoại, thư tín, trực tiếp hay trực tuyến. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage) hay Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để

biết thêm chi tiết. Quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về những lựa chọn áp dụng cho quý vị, hay để được trợ giúp đệ trình phàn nàn. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Số điện thoại được ghi ở trên.
- **Qua thư tín:** Tải xuống một mẫu đơn tại **kp.org** hay gọi ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một mẫu đơn mà quý vị có thể gửi lại.
- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại **kp.org/facilities** để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California
(Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370** (TTY **711**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019** (TTY **711** hay **1-800-537-7697**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền hay gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ có tại: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Trực tuyến:** Truy cập **Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**