ALAMEDA ALLIANCE FOR HEALTH

Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)
Cẩm Nang Hội Viên | 2026

H2035_25_02453_D-SNP_MBR_C Đã phê duyệt 08272025

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929.
Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.
Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Ngày 1 tháng 1 năm 2026 – Ngày 31 tháng 12 năm 2026

Bảo Hiểm Sức Khỏe và Thuốc Của Quý Vị Theo Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

Alameda Alliance Wellness cung cấp các quyền lợi được cả Medi-Cal và Medicare đài thọ.

Giới Thiệu *về Cẩm Nang Hội Viên*

Cẩm Nang Hội Viên này, còn được gọi là *Chứng Từ Bảo Hiểm,* cho quý vị biết về phạm vi bảo hiểm của mình trong chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2026. Nội dung giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khoẻ hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích), phạm vi bảo hiểm thuốc cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong **Chương 12** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Đây là tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy lưu giữ ở nơi an toàn.

Khi *Cẩm Nang Hội Viên* này sử dụng các từ "chúng tôi", "của chúng tôi" hoặc "chương trình của chúng tôi", tất cả đều có nghĩa là Alameda Alliance Wellness.

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ba Tư.

Quý vị có thể gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) để nhận được tài liệu này miễn phí dưới các định dạng khác như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille và/hoặc âm thanh. Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc ở định dạng khác ngay bây giờ và trong tương lai, vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ lưu ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Vui lòng liên hệ với ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness để cập nhật mọi tùy chọn của quý vị.

Phê duyệt của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, OMB) 0938-1444 (Hết hạn: Ngày 30 tháng 6 năm 2026)

Thông Báo về việc Cung Cấp Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ và Dịch Vụ Hỗ Trợ Phụ Trợ

ATTENTION: If you need help in your language, call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。
另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。
我們可為殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)
へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。
1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)
へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1**.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY:1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767

(TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767
(TTY: 1.800.735.2929) นอกจากนี้
ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น
เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767
(TTY: 1.800.735.2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Ngôn ngữ khác

Quý vị có thể nhận miễn phí *Cẩm Nang Hội Viên* và các tài liệu khác về chương trình bằng ngôn ngữ khác. Alameda Alliance Wellness có cung cấp các bản dịch từ những dịch giả có trình độ. Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cuộc gọi này miễn phí. Đọc *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như dịch vụ thông dịch và biên dịch.

Định dạng khác

Quý vị có thể kịp thời nhận miễn phí những thông tin này bằng các định dạng khác, như chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn cỡ 20, định dạng âm thanh và định dạng điện tử có thể truy cập (đĩa CD dữ liệu). Vui lòng gọi số

1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cuộc gọi này miễn phí.

Dịch vụ thông dịch

Alameda Alliance Wellness có cung cấp dịch vụ thông dịch, cũng như ngôn ngữ ký hiệu, từ thông dịch viên có trình độ, 24 giờ mỗi ngày và hoàn toàn miễn phí cho quý vị. Quý vị không cần phải nhờ thành viên trong gia đình hay bạn bè làm thông dịch viên. Chúng tôi không khuyến khích nhờ trẻ vị thành niên làm thông dịch viên, trừ trường hợp khẩn cấp. Dịch vụ thông dịch, ngôn ngữ và văn hóa sẽ được cung cấp miễn phí. Dịch vụ hỗ trợ được cung cấp 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc nhận sổ tay này bằng ngôn ngữ khác, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cuộc gọi này miễn phí.

Mục lục

A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi 16

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 16

B1. Medicare 16

B2. Medi-Cal 16

C. Điểm nổi bật của chương trình 17

D. Khu vực dịch vụ của chương trình 18

E. Những điều kiện để trở thành hội viên chương trình 18

F. Những điều mong đợi khi lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe 19

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc 20
G1. Nhóm chăm sóc....20
G2. Kế hoạch chăm sóc 21
H. Tóm tắt chi phí quan trọng của Alameda Alliance Wellness 21
Chi phí của quý vị có thể bao gồm: 21
H1. Khoản Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare 21
I. *Cẩm Nang Hội Viên* này 22
J. Thông tin quan trọng khác nhận được từ chúng tôi 22
J1. Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị....22
J2. *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* 23
J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*....24
J4. *Bản Giải Thích Quyền Lợi* 25
K. Cập nhật hồ sơ hội viên 25
K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 26

Tuyên Bố Miễn Trách Nhiệm

- Alameda Alliance Wellness là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với Chương Trình Medi-Cal (Medicaid) của Tiểu Bang California. Việc ghi danh tham gia Alameda Alliance Wellness phụ thuộc vào hợp đồng gia hạn.
- Phạm vi bảo hiểm theo Alameda Alliance Wellness là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện gọi là "phạm vi bảo hiểm thiết yếu tối thiểu." Phạm vi này đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chung của cá nhân theo Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Hợp Túi Tiền (Patient Protection and Affordable Care Act's, ACA). Truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chung của cá nhân.
- Quyền lợi và/hoặc khoản đồng thanh toán có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.
- Loại thuốc được đài thọ, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo về mọi thay đổi có thể ảnh hưởng đến mình ít nhất 30 ngày trước khi áp dụng.

Chương 1: Bắt đầu trở thành hội viên

Giới Thiệu

Chương này cung cấp thông tin về Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP), chương trình bảo hiểm sức khỏe đài thọ tất cả dịch vụ Medicare đồng thời điều phối tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal cũng như tư cách hội viên của quý vị trong chương trình. Nội dung chương cũng cho biết những điều mong đợi và các thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục lục

A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi 16

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 16

B1. Medicare 16

B2. Medi-Cal 16

C. Điểm nổi bật của chương trình 17

D. Khu vực dịch vụ của chương trình 18

E. Những điều kiện để trở thành hội viên chương trình 18

F. Những điều mong đợi khi lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe 19

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc 20

G1. Nhóm chăm sóc 20

G2. Kế hoạch chăm sóc 21

H. Tóm tắt chi phí quan trọng của Alameda Alliance Wellness 21

Chi phí của quý vị có thể bao gồm: 21

H1. Khoản Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare 21

I. *Cẩm Nang Hội Viên* này 22

J. Thông tin quan trọng khác nhận được từ chúng tôi 22

J1. Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị 22

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

J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* 24

J4. *Bản Giải Thích Quyền Lợi* 25

K. Cập nhật hồ sơ hội viên 25

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 26

A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia cả hai chương trình. Chương trình bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và 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 còn có điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc để hỗ trợ quý vị quản lý nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả cùng phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Alameda Alliance for Health (Alliance) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có quản lý ở địa phương, công cộng, không vì lợi nhuận, cam kết mang lại các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao, dễ tiếp cận và hợp túi tiền cho những cư dân Quận Alameda. Được thành lập vào năm 1996, Alliance được lập ra bởi và dành cho cư dân Quận Alameda. Hội Đồng Quản Trị Alliance, đội ngũ nhân viên lãnh đạo và mạng lưới nhà cung cấp của Alliance cho thấy tính đa dạng về văn hóa và ngôn ngữ của quận. Alliance cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho hơn 415,000 cư dân Quận Alameda.

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 có một số tình trạng khuyết tật, **và**
- người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên của chương trình Medicaid tại California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và được cả tiểu bang và chính phủ liên bang chi trả. Medi-Cal hỗ trợ những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS) cũng như chi phí y tế. Medi-Cal bao gồm các dịch vụ bổ sung và thuốc không được Medicare đài thọ.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- tiêu chí xác định thu nhập và nguồn lực,
- đối tượng hội đủ điều kiện,

- phạm vi dịch vụ được đài thọ, **và**
- chi phí các dịch vụ.

Các tiểu bang có thể quyết định cách thức vận hành chương trình, miễn là tuân thủ quy định liên bang.

Medicare và tiểu bang California đã phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận được dịch vụ Medicare và Medi-Cal qua chương trình này miễn là:

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

Ngay cả khi chương trình của chúng tôi ngừng hoạt động trong tương lai thì cũng không ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện của quý vị đối với dịch vụ Medicare và Medi-Cal.

C. Điểm nổi bật của chương trình

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

Chúng tôi hỗ trợ Medicare và Medi-Cal phối hợp tốt hơn để mang lại quyền lợi cho quý vị. Một số điểm nổi bật bao gồm:

- Quý vị có thể cùng chúng tôi phục vụ **hầu hết** nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình.
- Quý vị có nhóm chăm sóc do chính quý vị tham gia thành lập. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc, bác sĩ, y tá, cố vấn hoặc các chuyên gia y tế khác.
- Quý vị có một điều phối viên chăm sóc đồng hành. Đây là người phối hợp với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc của quý vị để xây dựng kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị có thể tự chỉ thị dịch vụ chăm sóc sức khỏe với sự trợ giúp từ nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.

- Nhóm chăm sóc và điều phối viên sẽ cùng quý vị xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp với nhu cầu sức khỏe **của quý vị**. Nhóm chăm sóc sẽ hỗ trợ điều phối các dịch vụ quý vị cần. Ví dụ như nhóm chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo:
    - Bác sĩ của quý vị biết được tất cả các loại thuốc quý vị sử dụng để đảm bảo quý vị sử dụng đúng thuốc và giảm những tác dụng phụ có thể phát sinh từ thuốc.
    - Kết quả xét nghiệm của quý vị sẽ được chia sẻ với tất cả bác sĩ và nhà cung cấp khác, khi cần thiết.

Hội viên mới của Alameda Alliance Wellness: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Alameda Alliance Wellness để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi yêu cầu ghi danh tham gia Alameda Alliance Wellness. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của mình trong một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Alameda Alliance Wellness. Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ luôn được duy trì liên tục, không bị gián đoạn. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang nếu có thắc mắc**.**

D. Khu vực dịch vụ của chương trình

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm Quận Alameda ở California.

Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ mới có thể tham gia chương trình của chúng tôi.

Quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình nếu chuyển đến sống ở nơi khác ngoài khu vực dịch vụ. Tham khảo **Chương 8** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về những ảnh hưởng khi chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ.

E. Những điều kiện để trở thành hội viên chương trình

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

- sống trong khu vực dịch vụ (cá nhân bị giam giữ không được xem là sống trong khu vực dịch vụ ngay cả khi đang ở trong khu vực này), **và**
- từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm ghi danh, **và**
- có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ, **và**

- hiện đang đủ điều kiện hưởng Medi-Cal**.**

Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện hưởng Medi-Cal nhưng dự kiến sẽ đủ điều kiện trở lại trong vòng (3) tháng thì vẫn đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi.

Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

F. Những điều mong đợi khi lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe

Khi lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được 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 là cơ sở để phát triển kế hoạch chăm sóc của quý vị. HRA gồm các câu hỏi xác định nhu cầu y tế, sức khỏe hành vi và chức năng của quý vị.

Chúng tôi liên hệ với quý vị để hoàn thành HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA qua buổi thăm khám trực tiếp, gọi điện thoại hoặc thư tín.

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

Nếu quý vị chỉ mới tham gia chương trình, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với bác sĩ hiện tại trong một khoảng thời gian nhất định, ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đây là chăm sóc liên tục. Nếu bác sĩ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp hiện tại và chấp thuận dịch vụ tại thời điểm quý vị ghi danh, trong tối đa 12 tháng, khi đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị, người đại diện của quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị thăm khám với nhà cung cấp hiện tại.
- Chúng tôi xác nhận rằng quý vị đã có mối quan hệ hiện tại với nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc chuyên khoa, trừ một số ngoại lệ. Khi chúng tôi nói "mối quan hệ hiện tại", nghĩa là quý vị đã thăm khám không cấp cứu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới ít nhất một lần trong suốt 12 tháng trước ngày ghi danh ban đầu vào chương trình.
    - Chúng tôi xác định mối quan hệ hiện tại bằng cách duyệt xét thông tin sức khỏe đã có hoặc thông tin 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 quyết định nhanh hơn và khi đó chúng tôi phải phản hồi trong vòng 15 ngày. Quý vị có thể gọi số **1.888.88A.DSNP** (**1.888.882.3767**) để đưa ra

yêu cầu này. Người dùng TTY có thể gọi số **1.800.735.2929**. Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải phản hồi trong vòng 3 ngày.

- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp tài liệu chứng minh mối quan hệ hiện tại và đồng ý với một số điều khoản khi đưa ra yêu cầu.

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

Sau khi kết thúc khoảng thời gian chăm sóc liên tục, quý vị sẽ cần thăm khám với bác sĩ và nhà cung cấp khác thuộc mạng lưới của Alameda Alliance Wellness, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nhóm y tế hoặc Hiệp Hội Bác Sĩ Độc Lập (Independent Physician Association, IPA) là tổ chức được thành lập theo luật California, ký hợp đồng với các chương trình bảo hiểm sức khỏe để cung cấp hoặc sắp xếp việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người ghi danh chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nhóm y tế hoặc IPA là hiệp hội các bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa được thành lập nhằm cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có điều phối. Tham khảo **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc

G1. Nhóm chăm sóc

Nhóm chăm sóc có thể hỗ trợ quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, điều phối viên chăm sóc hoặc nhân viên y tế quý vị chọn.

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc cần thiết. Một điều phối viên chăm sóc sẽ đồng hành cùng quý vị khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Điều phối viên này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn lực cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi có thể chưa cung cấp và sẽ phối hợp với nhóm chăm sóc của quý vị để hỗ trợ điều phối dịch vụ chăm sóc. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin về điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ phối hợp với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc cho quý vị và bác sĩ biết những dịch vụ cần thiết và cách nhận những dịch vụ đó. Kế hoạch chăm sóc bao gồm dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, dịch vụ LTSS hoặc các dịch vụ khác.

Kế hoạch chăm sóc bao gồm:

- mục tiêu chăm sóc sức khỏe,
- lịch biểu nhận dịch vụ quý vị cần,
- ưu tiên chăm sóc sức khỏe cá nhân,
- mô tả dịch vụ được thiết kế chuyên cho nhu cầu của quý vị,
- vai trò của Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (Interdisciplinary Care Team, ICT),
- vai trò của quý vị, vai trò của người đại diện được ủy quyền và/hoặc vai trò của người chăm sóc,
- xác định các rào cản để đạt được mục tiêu,
- phát triển lịch trình theo dõi cũng như trao đổi và
- đánh giá quá trình so với kế hoạch và mục tiêu và điều chỉnh nếu cần

Nhóm chăm sóc sẽ gặp quý vị sau khi hoàn thành HRA. Nhóm sẽ hỏi về những dịch vụ quý vị cần. Ngoài ra, nhóm cũng sẽ giới thiệu về những dịch vụ mà quý vị có thể cân nhắc nhận. Kế hoạch chăm sóc của quý vị được xây dựng dựa trên nhu cầu và mục tiêu. Nhóm chăm sóc sẽ phối hợp với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc ít nhất một lần mỗi năm.

H. Tóm tắt chi phí quan trọng của Alameda Alliance Wellness

Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm.

Chi phí của quý vị có thể bao gồm:

- Số Tiền Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare **(Mục H1)**

H1. Khoản Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare

Nếu quý vị tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare, quý vị sẽ nhận được hóa đơn tiền thuốc của mình từ chương trình (thay vì thanh toán cho nhà thuốc). Hóa đơn

hàng tháng được tính dựa trên số tiền quý vị phải trả cho mọi loại thuốc theo toa nhận được, cộng với số dư của tháng trước, rồi chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2 cung cấp thêm thông tin về Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn theo tùy chọn thanh toán này, quý vị có thể thực hiện theo các bước trong **Chương 9** để gửi than phiền hoặc khiếu nại.

I. *Cẩm Nang Hội Viên* này

Cẩm Nang Hội Viên này nằm trong hợp đồng giữa quý vị và chúng tôi. Nghĩa là chúng tôi phải tuân thủ tất cả quy định trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi có hành động trái với các quy định đó, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để yêu cầu cung cấp *Cẩm Nang Hội Viên*. Quý vị cũng có thể tham khảo *Cẩm Nang Hội Viên* trên trang web của chúng tôi.

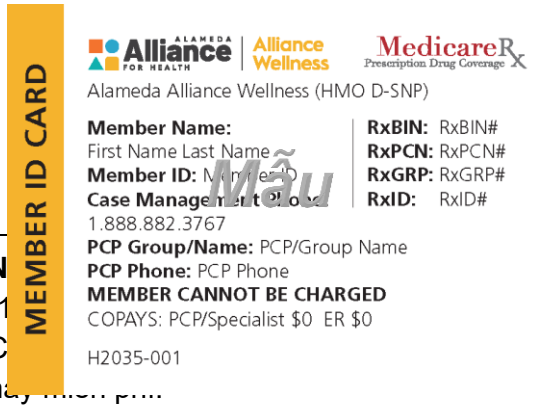
Hợp đồng có hiệu lực trong những tháng quý vị ghi danh vào chương trình từ ngày 1 tháng 1 năm 2026 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026.

J. Thông tin quan trọng khác nhận được từ chúng tôi

Chúng tôi còn cung cấp cho quý vị thông tin quan trọng khác bao gồm Thẻ ID Hội Viên, thông tin hướng dẫn cách truy cập *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* và thông tin hướng dẫn cách truy cập *Danh Sách Thuốc được Đài Thọ,* còn được gọi là *Danh Sách Thuốc* hoặc *Danh Mục Thuốc*.

J1. Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị

Trong chương trình, quý vị có một thẻ dùng cho 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 và thuốc theo toa. Quý vị xuất trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Dưới đây là mẫu Thẻ ID Hội Viên:



Nếu Thẻ ID Hội Viên của quý vị bị hỏng, thất lạc hoặc bị đánh cắp, vui lòng gọi ngay tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang. Chúng tôi sẽ cấp lại thẻ mới cho quý vị.

Trong thời gian quý vị là hội viên của chương trình, quý vị không cần dùng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh hoặc thẻ Medi-Cal để được nhận hầu hết các dịch vụ. Vui lòng giữ thẻ ở nơi an toàn phòng trường hợp sau này cần dùng. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare thay vì Thẻ ID Hội Viên, nhà cung cấp có thể lập hóa đơn cho Medicare thay vì cho chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ Medicare trong trường hợp quý vị cần dịch vụ ở bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng). Tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết các bước cần làm nếu nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

Xin lưu ý rằng, quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi (Benefits Identification Card, BIC) để tiếp cận các dịch vụ sau:

- Dịch Vụ Nha Khoa Medi-Cal
- Thuốc theo toa ngoại trú không do Medicare đài thọ
- Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích
- Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia nếu có

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

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

Quý vị có thể gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để yêu cầu cung cấp *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* (dưới dạng điện tử hoặc bản cứng). Chúng tôi sẽ gửi Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc bản cứng qua đường bưu điện trong vòng ba ngày làm việc khi nhận được yêu cầu này.

Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* tại địa chỉ trang web ở cuối trang.

Danh Bạ này bao gồm các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (như bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng và nhà tâm lý học), cơ sở vật chất (như bệnh viện hoặc phòng khám), nhà thuốc và nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ (như Dịch Vụ Chăm Sóc cho Người Lớn trong Cộng Đồng

[Community-Based Adult Services, CBAS]) mà quý vị có thể thăm khám và tiếp cận với tư cách là hội viên của Alameda Alliance Wellness.

Định nghĩa về nhà cung cấp trong mạng lưới

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

Nhà cung cấp trong mạng lưới chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình cho các dịch vụ được đài thọ như là khoản thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa về nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc đồng ý cấp phát thuốc theo toa cho hội viên của chương trình. Sử dụng *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới quý vị muốn sử dụng.
- Trừ trường hợp cấp cứu, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới nếu muốn chương trình hỗ trợ thanh toán chi phí.

Vui lòng gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin. Ban Dịch Vụ Hội Viên và trang web của chúng tôi có thể cho quý vị biết những thay đổi mới nhất đối với nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới.

J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*

Chương trình của chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*. Chúng tôi gọi ngắn gọn là *Danh Sách Thuốc*. Danh sách cho biết những loại thuốc được chương trình đài thọ. Các loại thuốc trong danh sách được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự hỗ trợ của bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Những loại thuốc có giá được đàm phán theo Chương Trình Đàm Phán Giá Thuốc của Medicare sẽ nằm trong *Danh Sách Thuốc* trừ khi bị loại bỏ và thay thế theo quy định trong **Chương 5, Phần B.** Medicare đã phê duyệt *Danh Sách Thuốc* của Alameda Alliance Wellness.

Danh Sách Thuốc cũng cho biết liệu có quy định hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào hay không, 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 gửi cho quý vị thông tin hướng dẫn truy cập *Danh Sách Thuốc* nhưng trong năm có thể xuất hiện một số thay đổi. Để nhận được thông tin mới nhất về các loại thuốc được đài thọ, vui lòng gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ ở cuối trang.

J4. *Bản Giải Thích Quyền Lợi*

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

EOB cho biết tổng số tiền mà quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị, đã chi cho thuốc Medicare Phần D cùng tổng số tiền mà chúng tôi đã chi trả cho từng loại thuốc Medicare Phần D trong tháng. EOB không phải là một hóa đơn. EOB chứa nhiều thông tin hơn về các loại thuốc quý vị dùng. **Chương 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này cung cấp thêm thông tin về EOB và cách EOB hỗ trợ quý vị theo dõi phạm vi bảo hiểm thuốc.

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

K. Cập nhật hồ sơ hội viên

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

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi ghi nhận thông tin chính xác. Bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình sử dụng hồ sơ hội viên để biết những dịch vụ và thuốc được đài thọ và số tiền chia sẻ chi phí. Vì vậy, việc hỗ trợ chúng tôi cập nhật thông tin là hết sức quan trọng.

Thông báo cho chúng tôi ngay khi có các thay đổi sau:

- thay đổi về tên, địa chỉ hoặc số điện thoại;
- thay đổi về bất kỳ phạm vi bảo hiểm y tế nào, như bảo hiểm từ hãng sở của quý vị, hãng sở của vợ/chồng của quý vị hoặc hãng sở của bạn đời của quý vị hoặc bồi thường người lao động;

- bất kỳ yêu cầu thanh toán trách nhiệm pháp lý, như yêu cầu thanh toán do tai nạn giao thông;
- nhập viện vào cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện;
- dịch vụ chăm sóc từ bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc (hoặc bất kỳ ai có trách nhiệm với quý vị); **và,**
- nếu quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chúng tôi về nghiên cứu lâm sàng dự định tham gia nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo.)

Nếu có bất kỳ thay đổi nào về thông tin, vui lòng gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.

Quý vị cũng có thể đăng nhập vào tài khoản hội viên Alliance để thực hiện thay đổi thông tin. Quý vị có thể đăng ký và truy cập tài khoản hội viên Alliance bằng cách truy cập www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

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 liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi bảo mật PHI của quý vị. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm thông tin chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI, vui lòng tham khảo **Chương 8** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ quan trọng

Giới Thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ với các nguồn lực hỗ trợ quan trọng có thể giúp quý vị giải đáp thắc mắc 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 tìm hiểu thông tin về cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc và những người khác để bảo vệ quyền lợi của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Ban Dịch Vụ Hội Viên 27

B. Điều Phối Viên Chăm Sóc Của Quý Vị 30

C. Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) 32

D. Đường Dây Điện Thoại Y Tá Tư Vấn 33

E. Đường Dây Hỗ Trợ Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi 34

F. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) 35

G. Medicare 36

H. Medi-Cal 37

I. Văn Phòng Thanh Tra chương trình Chăm Sóc Có Quản Lý và Sức Khỏe Tâm Thần Medi-Cal 38

J. Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận 39

K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận 40

L. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California 41

M. Các Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Chi Phí Thuốc 42

M1. Extra Help từ Medicare 42

M2. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) 43

M3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare 43

N. An Sinh Xã Hội 44

O. Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) 45

P. Các nguồn lực hỗ trợ khác 46

Q. Medi-Cal Dental 47

A. Ban Dịch Vụ Hội Viên

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Cuộc gọi này được miễn cước. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy (7) ngày trong tuần Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
TTY	1.800.735.2929. Cuộc gọi này được miễn cước. Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy (7) ngày trong tuần
FAX	1.877.747.4504
VIẾT THƯ	Alameda Alliance Wellness Attn: Medicare Member Service 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
EMAIL	AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
TRANG MẠNG	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

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

- các câu hỏi về chương trình
- các câu hỏi về yêu cầu thanh toán hoặc lập hóa đơn
- quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
    - Quyết định bảo hiểm về 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 thanh toán 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 quyết định, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
    - Khiếu nại là cách 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 quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc không đồng ý với quyết định đó.
    - Để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.
- than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
    - Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm cả nhà cung cấp trong hoặc ngoài 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 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO) về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (tham khảo **Phần F**).
    - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích than phiền của mình theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).
    - Nếu than phiền của quý vị liên quan đến quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại (tham khảo phần trên).
    - Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình của chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi đến 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 Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) bằng cách gọi số 1-855-501-3077.
    - Để tìm hiểu thêm về việc nộp đơn than phiền liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng tham khảo Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị
    - Quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị là quyết định về:
        - quyền lợi của quý vị và các loại thuốc được đài thọ **hoặc**
        - số tiền chúng tôi thanh toán cho thuốc của quý vị.

- Các loại thuốc không được Medicare đài thọ, chẳng hạn như loại thuốc không cần 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 đến Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.
- Để biết thêm thông tin về quyết định bảo hiểm liên quan đến thuốc của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

- 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 về việc nộp đơn khiếu nại về thuốc của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- than phiền về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể nộp đơn than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Trong đó bao gồm than phiền về thuốc của quý vị.
  - Nếu than phiền của quý vị liên quan đến quyết định bảo hiểm về thuốc, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. (Tham khảo phần trên.)
  - Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình của chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn than phiền về thuốc của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã chi trả
  - Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

B. Điều Phối Viên Chăm Sóc Của Quý Vị

Điều Phối Viên Chăm Sóc là một người được đào tạo đặc biệt để giúp quý vị trong suốt quá trình phối hợp chăm sóc. Điều Phối Viên Chăm Sóc của quý vị sẽ là một thành viên trong Nhóm Chăm Sóc của quý vị và người đó sẽ đóng vai trò là người liên hệ chính của quý vị. Sau khi ghi danh, Điều Phối Viên Chăm Sóc sẽ gọi điện để hoàn thành Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (Health Risk Assessment, HRA) và Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân (Individualized Care Plan, ICP). Sau đây là những công cụ mà Điều Phối Viên Chăm Sóc sẽ sử dụng để giúp xác định và cá nhân hóa nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị cho phù hợp. Quý vị có thể liên hệ với Điều Phối Viên Chăm Sóc bằng cách gọi đến số điện thoại bên dưới.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Cuộc gọi này được miễn cước. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy (7) ngày trong tuần Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
TTY	1.800.735.2929. Cuộc gọi này được miễn cước. Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy (7) ngày trong tuần
FAX	1.877.747.4504
VIẾT THƯ	Alameda Alliance Wellness ATTN: Medicare Member Service 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
EMAIL	AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
TRANG MẠNG	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

Liên hệ với điều phối viên chăm sóc để được hỗ trợ:

- giải đáp thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- giải đáp thắc mắc về việc nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện)
- giải đáp thắc mắc về quyền lợi nha khoa
- giải đáp thắc mắc về việc đưa đón đến các cuộc hẹn khám bệnh

- giải đáp thắc mắc về Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-term Services and Supports, LTSS), bao gồm Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) và Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facilities, NF)
- Đặt lịch thăm khám với bác sĩ – về vấn đề sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị
- Tìm hiểu về các dịch vụ và nguồn lực cộng đồng
- Phối hợp các dịch vụ và vật tư quý vị cần tại nhà
- Cung cấp các công cụ để chăm sóc bản thân tốt hơn
- Đạt được các mục tiêu sức khỏe của quý vị

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

- Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn
- trị liệu vật lý
- trị liệu vận động
- trị liệu âm ngữ
- dịch vụ y tế xã hội
- chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Nhân Viên Y Tế Cộng Đồng
- Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS), thông qua cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị
- Chương Trình Dịch Vụ Đa năng cho Người Cao Niên (Multipurpose Senior Service Program, MSSP) thông qua chương trình Thu Phí Tư Nhân của Medi-Cal, nếu có
- Chăm Sóc Dài Hạn (Long-Term Care, LTC) tại cơ sở điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người khuyết tật phát triển
- Hỗ Trợ Cộng Đồng, nếu có
- đôi khi quý vị có thể được trợ giúp về chăm sóc sức khỏe hàng ngày và nhu cầu sinh hoạt

C. Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP)

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là một chương trình của chính phủ với các nhân viên tư vấn được đào tạo bài bản tại mỗi tiểu bang, cung cấp sự 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 Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) Nhân viên tư vấn của HICAP có thể giải đáp thắc mắc và giúp quý vị hiểu rõ cần làm gì để xử lý vấn đề của quý vị. HICAP có đội ngũ nhân viên tư vấn được đào tạo bài bản tại tất cả các quận và các dịch vụ đều miễn phí.

HICAP là một chương trình độc lập của tiểu bang (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào), nhận kinh phí từ chính phủ liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho những người tham gia Medicare.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.800.434.0222 8 giờ sáng – 5 giờ chiều, Thứ 2 đến Thứ 6
TTY	TTY:711 Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
VIẾT THƯ	Medicare Counseling (HICAP) 333 Hegenberger Rd., Suite 850 Oakland, CA 94621
TRANG MẠNG	https://www.lashicap.org/

Liên hệ với HICAP để được trợ giúp về:

- các câu hỏi liên quan đến Medicare
- Nhân viên tư vấn của HICAP có thể trả lời các câu hỏi 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 về việc chuyển đổi chương trình,
    - nộp đơn than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, **và**
    - hỗ trợ các vấn đề về lập hóa đơn hoặc yêu cầu thanh toán.

D. Đường Dây Điện Thoại Y Tá Tư Vấn

Đường Dây Y Tá Tư Vấn (Nurse Advice Line, NAL) có thể cung cấp miễn phí cho quý vị những thông tin và lời khuyên y tế 24 giờ một ngày, mỗi ngày trong năm. Quý vị có thể liên hệ với Đường Dây Điện Thoại Y Tá Tư Vấn để hỏi về sức khỏe hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.888.433.1876. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
TTY	TTY:711. Cuộc gọi này được miễn cước. Số này dành cho những người gặp vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần

E. Đường Dây Hỗ Trợ Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

Nếu quý vị cảm thấy cô đơn, choáng ngợp, tuyệt vọng hoặc có ý định tự tử, các dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng có thể cung cấp các nguồn lực hỗ trợ về cảm xúc.

Các dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng được cung cấp 24/7 bằng cách gọi hoặc nhắn tin đến số 988.

Đối với các nhu cầu sức khỏe hành vi khẩn cấp nhưng không phải là trường hợp cấp cứu, hãy gọi cho nhóm Sức Khỏe Hành Vi của chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Cuộc gọi này được miễn cước. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy (7) ngày trong tuần Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
TTY	1.800.735.2929. Cuộc gọi này được miễn cước. Số này dành cho những người gặp vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy (7) ngày trong tuần

Liên hệ Đường Dây Hỗ Trợ Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi để được trợ giúp về:

- các câu hỏi liên quan đến sức khỏe hành vi và lạm dụng chất gây nghiện

Đối với các câu hỏi về dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa tại quận của quý vị, vui lòng tham khảo **Phần K**.

F. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Quận của chúng ta có một tổ chức gọi là Commence Health. Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp nâng cao chất lượng chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Commence Health là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.877.588.1123
TTY	TTY:711 Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
VIẾT THƯ	Commence Health Program 10820 Guilford Rd. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
TRANG MẠNG	https://www.livantaqio.com

Liên hệ Commence Health để được trợ giúp về:

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

G. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang chịu trách nhiệm quản lý Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Cơ quan này có hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, bao gồm cả chương trình của chúng tôi.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này được miễn cước, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này được miễn cước. Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
TRÒ CHUYỆN TRỰC TUYẾN	Trò chuyện trực tuyến tại www.Medicare.gov/talk-to-someone
VIẾT THƯ	Viết thư gửi cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
TRANG MẠNG	www.medicare.gov • Tìm hiểu thông tin về các chương trình bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc của Medicare tại khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và các dịch vụ họ cung cấp. • Tìm bác sĩ hoặc các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác có tham gia Medicare. • Tìm hiểu những gì Medicare đài thọ, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như sàng lọc, tiêm chủng, vắc-xin, và các buổi “khám sức khỏe” định kỳ hàng năm). • Nhận thông tin và mẫu đơn khiếu nại về Medicare. • Tìm hiểu thông tin về chất lượng chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở chạy thận, trung tâm chăm sóc giảm nhẹ, 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 nộp đơn than phiền đến Medicare, vui lòng truy cập www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare coi trọng các than phiền của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid tại California. Đây là chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho 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 đang được chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời và phụ nữ mang thai. Medi-Cal được tài trợ bởi ngân sách của chính quyền tiểu bang và liên bang.

Các quyền lợi Medi-Cal bao gồm các dịch vụ và sự hỗ trợ về y tế, nha khoa, sức khỏe hành vi và dịch vụ dài hạn.

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

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-800-430-4263 Thứ 2 đến Thứ 6, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều
TTY	1-800-430-7077 Số này dành cho những người gặp vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG MẠNG	http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Văn Phòng Thanh Tra chương trình Chăm Sóc Có Quản Lý và Sức Khỏe Tâm Thần Medi-Cal

Văn Phòng Thanh Tra giúp giải quyết các vấn đề từ quan điểm trung lập để đảm bảo rằng hội viên của chúng tôi nhận được tất cả các 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, tư vấn và đưa ra các lựa chọn, đề xuất những sự giới thiệu phù hợp. Nhiệm vụ của họ là giúp phát triển các giải pháp công bằng cho các vấn đề tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đơn vị này không liên quan đến chương trình của chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Dịch vụ của họ hoàn toàn miễn phí.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-888-452-8609 Thứ 2 đến Thứ 6, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
TTY	1-800-430-7077 Số này dành cho những người gặp vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
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 MẠNG	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận

Nếu quý vị cần được trợ giúp về Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS), quyền lợi về Lạm Dụng Chất Gây Nghiện hoặc điều kiện tham gia Medi-Cal, hãy liên hệ với Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận tại địa phương của quý vị.

Liên hệ với Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận của quý vị để đăng ký Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà giúp chi trả cho các dịch vụ được cung cấp để quý vị có thể đảm bảo an toàn trong ngôi nhà của mình. Các loại dịch vụ có thể bao gồm hỗ trợ chuẩn bị bữa ăn, tắm rửa, mặc quần áo, giặt giũ, mua sắm hoặc đưa đón.

Liên hệ với Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận của quý vị nếu có bất kỳ câu hỏi nào về điều kiện tham gia Medi-Cal.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.800.698-1118. Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ 2 đến Thứ 6, từ 8 giờ 30 sáng đến 4 giờ 30 chiều (Đóng cửa từ 12 giờ trưa đến 1 giờ chiều)
VIẾT THƯ	Alameda County Social Services Agency (Medi-Cal Center) 6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605
TRANG MẠNG	www.alamedacountysocialservices.org

K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận

Quận cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal và dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện cho quý vị nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí tiếp cận.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.800.491.9099. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
TTY	1.800.533.5018. Cuộc gọi này được miễn cước. Số này dành cho những người gặp vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.

Liên hệ cơ quan Sức Khỏe Hành Vi quận để được trợ giúp về:

- các câu hỏi liên quan đến dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa do quận cung cấp
- các câu hỏi liên quan đến dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện do quận cung cấp
- các câu hỏi liên quan đến dịch vụ tâm thần nội trú do quận cung cấp
- các câu hỏi liên quan đến dịch vụ hỗ trợ do quận cung cấp đối với các bệnh trạng tâm thần nghiêm trọng và dai dẳng
- các câu hỏi liên quan đến dịch tư pháp do quận cung cấp
- các câu hỏi liên quan đến dịch vụ dành cho Thanh Thiếu Niên Sắp Trở Thành Người Lớn và các dịch vụ khác do quận cung cấp dành cho trẻ em và thanh thiếu niên đang được nuôi dưỡng tạm thời

L. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

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

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-888-466-2219 Giờ làm việc của người đại diện DMHC là từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ 2 đến thứ 6.
TDD	1-877-688-9891 Số này dành cho những người gặp vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG MẠNG	www.dmhc.ca.gov

M. Các Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Chi Phí Thuốc

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

M1. Extra Help từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, nên quý vị đủ điều kiện và đang nhận được "Extra Help" từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình bảo hiểm thuốc. Quý vị không cần phải làm gì để nhận được "Extra Help" này.

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

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

- Vui lòng liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên để được hướng dẫn cách chia sẻ bằng chứng với chúng tôi.
- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức tiền đồng trả phù hợp, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền đồng trả khi nhận thuốc theo toa cho lần tiếp theo. Nếu quý vị thanh toán quá số tiền đồng trả, chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị bằng séc. Vui lòng liên hệ Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang nếu quý vị có thắc mắc.

M2. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP)

ADAP giúp những người bị nhiễm HIV/AIDS và đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) được tiếp cận với các loại thuốc HIV có thể cứu sống họ. Các loại thuốc Medicare Phần D cũng nằm trong danh mục thuốc của ADAP đủ điều kiện được hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua Văn Phòng AIDS, Sở Y Tế Công Cộng California. Lưu ý: Để đủ điều kiện tham gia ADAP tại tiểu bang của mình, người tham gia phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về tình trạng cư trú tại tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, có thu nhập thấp (theo định nghĩa của tiểu bang) và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đầy đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục nhận hỗ trợ về thông tin liên quan đến tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi số 1.844.421.7050 hoặc truy cập trang mạng của ADAP tại https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx.

M3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán phù hợp với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị, giúp quý vị quản lý chi phí tự chi trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ bằng cách phân bổ chi phí trong suốt năm theo lịch (tháng 1 đến tháng 12). Bất kỳ ai tham gia chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare có phạm vi bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có phạm vi bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc. Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare và vẫn tham gia cùng một chương trình, quý vị không cần phải làm gì để tiếp tục tùy chọn thanh toán này.** “Extra Help” từ Medicare và trợ giúp từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) và ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, có lợi hơn so với việc tham gia tùy chọn thanh toán này, bất kể mức thu nhập của quý vị, các chương trình có phạm vi bảo hiểm thuốc phải cung cấp tùy chọn thanh toán này. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc truy cập www.medicare.gov.

N. An Sinh Xã Hội

Cơ quan An Sinh Xã Hội sẽ xác định tính hội đủ điều kiện tham gia Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư, điều quan trọng là quý vị phải liên hệ với cơ quan An Sinh Xã Hội để thông báo cho họ.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn cước. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ 2 đến Thứ 6. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của họ để ghi lại thông tin và liên hệ về một số vấn đề 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
TRANG MẠNG	www.ssa.gov

O. Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB)

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

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn cước. Nhấn “0” để nói chuyện với người đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều vào Thứ 2, Thứ 3, Thứ 5 và Thứ 6, từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ 4. Nhấn “1” để truy cập Đường Dây Trợ Giúp tự động của RRB và nhận thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi. Các cuộc gọi đến số này không được miễn cước.
TRANG MẠNG	www.rrb.gov

P. Các nguồn lực hỗ trợ khác

Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang gặp khó khăn trong việc tham gia hoặc duy trì phạm vi bảo hiểm sức khỏe và giải quyết các vấn đề với 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 dịch vụ y tế
- khiếu nại các dịch vụ bị từ chối, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (durable medical equipment, DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần, v.v.
- lập hóa đơn y tế
- IHSS (Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà)

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

Q. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Medi-Cal Dental; bao gồm nhưng không hạn chế ở các dịch vụ như:

- thăm khám ban đầu, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị fluoride
- phục hình và mão răng
- điều trị tủy răng
- hàm giả bán phần và toàn phần, điều chỉnh, sửa chữa và lót lại

Quyền lợi nha khoa được cung cấp thông qua chương trình Trả Phí Theo Dịch Vụ (Fee-for-Service, FFS) của Medi-Cal Dental.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1-800-322-6384 Cuộc gọi được miễn cước. Đại diện FFS của Medi-Cal Dental sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ 2 đến Thứ 6.
TTY	1-800-735-2922 Số này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi.
TRANG MẠNG	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm trong chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác

Giới Thiệu

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

Mục Lục

A. Thông tin về các dịch vụ và nhà cung cấp 51

B. Quy tắc về việc nhận dịch vụ do chương trình đài thọ 52

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị 54

C1. Định nghĩa điều phối viên chăm sóc 54

C2. Cách quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc 54

C3. Cách quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc 54

D. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp 55

D1. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) 55

D2. Dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới 58

D3. Khi một nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi 59

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 60

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 62

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) 63

F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi 63

G. Dịch vụ vận chuyển 66

G1. Vận Chuyển Y Tế Không Phải Cấp Cứu 66

G2. Dịch vụ vận chuyển phi y tế 68

H. Các dịch vụ được đài thọ trong tình huống cấp cứu y tế, khi cần thiết khẩn cấp hoặc khi xảy ra thảm họa 70

H1. Dịch vụ chăm sóc trong tình huống cấp cứu y tế 70

H2. Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp 72

H3. Dịch vụ chăm sóc khi xảy ra thảm họa 73

I. Nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được đài thọ thì sao 73

I1. Việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ cho dịch vụ 73

J. Phạm vi bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu lâm sàng 74

J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng 74

J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng 75

J3. Thông tin khác về nghiên cứu lâm sàng 75

K. Cách các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế liên quan đến tôn giáo 76

K1. Định nghĩa một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế liên quan đến tôn giáo 76

K2. Dịch vụ chăm sóc của cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế liên quan đến tôn giáo 76

L. Thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME) 77

L1. DME với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi 77

L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 77

L3. Quyền lợi thiết bị cung cấp oxy với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi 78

L4. Thiết bị cung cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác 78

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

Dịch vụ là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS), vật tư, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được đài thọ** là bất kỳ dịch vụ nào trong số các dịch vụ này do chương trình của chúng tôi chi trả. Thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và LTSS được đài thọ được trình bày trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Thông tin về các dịch vụ được đài thọ về thuốc theo toa và thuốc không cần toa được trình bày trong **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ y tế và dịch vụ chăm sóc cho quý vị và được tiểu bang cấp giấy phép. Nhà cung cấp bao gồm bệnh viện, cơ quan chăm sóc tại nhà, phòng khám và các địa điểm khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và LTSS cụ thể.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là những nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Những nhà cung cấp này chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi sắp xếp để những nhà cung cấp này cung cấp dịch vụ được đài thọ cho quý vị. Các nhà cung cấp trong mạng lưới lập hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc 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 về việc nhận dịch vụ do chương trình đài thọ

Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả các dịch vụ mà Medicare đài thọ và hầu hết các dịch vụ Medi-Cal. Trong đó bao gồm các dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS cụ thể.

Thông thường, chương trình của chúng tôi 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 quý vị tuân thủ các quy tắc của chúng tôi. Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được phải có trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Dịch vụ chăm sóc phải **cần thiết về mặt y tế**. Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ phải hợp lý và cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh trạng của quý vị. Dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cần thiết để giúp các cá nhân không bị ốm nặng hoặc rơi vào tình trạng khuyết tật và giảm cơn đau nghiêm trọng bằng cách điều trị bệnh, tình trạng ốm đau hoặc thương tích.
- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có **nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP)** trong mạng lưới cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị. Với tư cách là hội viên trong chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình (để biết thêm thông tin, vui lòng xem **Mục D1** của chương này).
    - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nhận được chấp thuận từ PCP trong mạng lưới của quý vị hoặc chương trình của chúng tôi trước khi 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 chương trình của chúng tôi. Đây được gọi là giấy **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, có thể chúng tôi sẽ không đài thọ cho các dịch vụ đó.
    - Các PCP trong chương trình của chúng tôi có thể được liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP của mình và nếu PCP liên kết với một nhóm y tế, quý vị cũng đang chọn nhóm y tế được liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ cũng được liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là hiệp hội các nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) và bác sĩ chuyên khoa được thành lập nhằm cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phối hợp.
    - Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP để nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp, để sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ y tế cho phụ nữ hoặc nhận bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong **Mục D1** của chương này.

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin, vui lòng xem **Mục D** của chương này)**.** Thông thường, chúng tôi sẽ không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc do một nhà cung cấp không làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ mà quý vị nhận được. Sau đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:
    - Chúng tôi đài thọ cho dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp do một nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp (để biết thêm thông tin, vui lòng xem **Mục H** của chương này).
    - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp dịch vụ đó, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị cần nhận được chấp thuận của chương trình trước khi nhận dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc nếu quý vị nhận dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về việc xin chấp thuận sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng xem **Mục D4** của chương này.
    - Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ chạy thận khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình trong thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không thể cung cấp dịch vụ hoặc quý vị không thể tới nhận dịch vụ tại nhà cung cấp.
    - Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị có thể yêu cầu được tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của quý vị. Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác nhận rằng quý vị hiện đang có mối quan hệ với những nhà cung cấp đó. Vui lòng tham khảo **Chương 1** của *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 tại của quý vị trong tối đa 12 tháng để nhận các dịch vụ. Trong thời gian đó, điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ để giúp quý vị tìm các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không còn đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nếu quý vị tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Bảo Hiểm Y Tế Khác: Các hội viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác (Other Health Coverage, OHC) trước khi dùng Medi-Cal nếu có cùng một dịch vụ trong phạm vi bảo hiểm, vì Medi-Cal là bên thanh toán 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 cho các chi phí được cho phép mà chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác không chi trả, tối đa theo mức giá của Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.
Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.
Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Hội viên mới của Alameda Alliance Wellness: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Alameda Alliance Wellness để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi yêu cầu ghi danh tham gia Alameda Alliance Wellness. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của mình trong một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Alameda Alliance Wellness. Phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ luôn được duy trì liên tục, không bị gián đoạn. Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) và TTY theo số 1.800.735.2929.

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

C1. Định nghĩa điều phối viên chăm sóc

Một thành viên của nhóm chăm sóc liên ngành sẽ tìm hiểu về quý vị và những nhu cầu sức khỏe của quý vị. Điều phối viên chăm sóc của quý vị phối hợp cùng với quý vị, (các) bác sĩ, người chăm sóc của quý vị và những người khác tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị và sẽ:

- Đánh giá các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Lên kế hoạch về dịch vụ chăm sóc cùng với quý vị và Nhóm Chăm Sóc của quý vị
- Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa của quý vị tập trung vào các nhu cầu và lựa chọn của quý vị
- Điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị
- Trao đổi với quý vị và các bác sĩ của quý vị
- Theo dõi để nắm được tình hình của quý vị và thực hiện các thay đổi nếu cần

C2. Cách quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc

Để trò chuyện với điều phối viên chăm sóc của quý vị, vui lòng gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.

C3. Cách quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc

Để thay đổi điều phối viên chăm sóc, vui lòng gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.

D. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp

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

Quý vị phải chọn một PCP để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của mình. Các PCP trong chương trình của chúng tôi được gọi là PCP trong mạng lưới.

Định nghĩa PCP và công việc của PCP đối với quý vị

PCP là một bác sĩ đáp ứng các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản.

PCP có thể là một:

- Bác sĩ đa khoa
- Bác sĩ nội khoa
- Bác sĩ nhi khoa
- Bác sĩ gia đình
- Bác sĩ sản phụ khoa (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN)
- Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Mỹ Bản Địa (Indian Health Care Provider, IHCP)
- Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang (Federally Qualified Health Center, FQHC)
- Chuyên viên điều dưỡng
- Trợ lý bác sĩ
- Phòng khám

Một nhóm y tế hoặc Hiệp Hội Bác Sĩ Độc Lập (Independent Physician Association, IPA) là một mạng lưới hoặc nhóm các bác sĩ làm việc cùng nhau. Còn được gọi là nhóm nhà cung cấp.

Nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị sẽ giới thiệu quý vị tới bác sĩ chuyên khoa và các dịch vụ được kết nối với nhóm y tế của họ, IPA hoặc với Alameda Alliance Wellness. Nếu quý vị hiện đã thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa, hãy trao đổi với PCP của quý vị hoặc gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ giúp quý vị kiểm tra xem quý vị có hội đủ điều kiện tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc hay không. Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang (FQHC) là trung tâm y tế tại một khu vực không có nhiều nhà cung cấp. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc chính và chăm sóc phòng ngừa tại một FQHC và có thể chọn FQHC làm PCP của mình.

Đối với một số loại dịch vụ chăm sóc, PCP của quý vị sẽ cần đề nghị Alameda Alliance Wellness cho phép trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Việc này được gọi là yêu cầu chấp thuận trước hay cho phép trước. Như vậy có nghĩa là chương trình phải đảm bảo rằng dịch vụ chăm sóc đó cần thiết về mặt y tế.

Lựa chọn PCP

Nếu có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem họ có được liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị hay không. Quý vị có thể tra cứu trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor và tìm PCP mà quý vị muốn hoặc trao đổi với ban Dịch Vụ Hội Viên để biết PCP mà quý vị muốn có giấy giới thiệu tới bác sĩ chuyên khoa đó hoặc sử dụng bệnh viện đó hay không.

Lựa chọn thay đổi PCP

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất cứ lý do gì, bất kỳ lúc nào. Cũng có khả năng PCP của quý vị có thể rời mạng lưới của chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới.

Quý vị là người hiểu rõ nhất nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình, vì vậy tốt nhất quý vị nên chọn PCP cho mình. Tốt nhất nên duy trì một PCP để họ có thể biết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Tuy nhiên, quý vị có thể đổi một PCP mới vào bất cứ lúc nào nếu muốn. Quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới nhà cung cấp của Alameda Alliance Wellness và đang nhận bệnh nhân mới. Lựa chọn mới của quý vị sẽ trở thành PCP của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau khi quý vị thực hiện thay đổi. Để thay đổi PCP của quý vị, hãy gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929. Quý vị cũng có thể yêu cầu thay đổi PCP của mình trực tuyến khi đăng nhập vào tài khoản của mình trên Cổng Thông Tin Hội Viên của Alliance tại www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Alameda Alliance Wellness có thể thay đổi PCP của quý vị nếu PCP hiện không tiếp nhận bệnh nhân mới, đã rời khỏi mạng lưới của Alameda Alliance Wellness, không cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân thuộc độ tuổi của quý vị hoặc nếu có những lo ngại về chất lượng liên quan đến PCP chưa được giải quyết. Alameda Alliance Wellness hoặc PCP của quý vị cũng có thể yêu cầu quý vị chuyển sang một PCP mới nếu quý vị không thể hợp tác hay đồng ý với PCP của mình hoặc nếu quý vị bỏ lỡ hay đến trễ cuộc hẹn thăm khám. Nếu Alameda Alliance Wellness cần thay đổi PCP của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Nếu PCP của quý vị thay đổi, quý vị sẽ nhận được thư và thẻ ID hội viên Alameda Alliance Wellness mới qua đường bưu điện. Trên đó sẽ có tên PCP mới của quý vị. Một số điều cần lưu ý khi chọn PCP:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.
Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.
Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

- PCP có chăm sóc trẻ em không?
- PCP có làm việc tại phòng khám mà tôi muốn sử dụng không?
- PCP hiện có tiếp nhận bệnh nhân mới không?
- Phòng khám của PCP có gần nhà, nơi làm việc hoặc trường học của các con tôi không?
- Phòng khám của PCP có ở gần nơi tôi sinh sống không và có dễ tìm không?
- Các bác sĩ và nhân viên có nói được ngôn ngữ của tôi không?
- PCP có hợp tác với bệnh viện mà tôi muốn thăm khám không?
- PCP có cung cấp các dịch vụ mà tôi cần không?
- Giờ làm việc của PCP có phù hợp với lịch trình của tôi không?
- PCP có làm việc với các bác sĩ chuyên khoa mà tôi sử dụng không?

Một số PCP trong chương trình của chúng tôi liên kết với các nhóm y tế. Nếu thay đổi PCP, quý vị cũng có thể phải đồng thời thay đổi cả nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, hãy thông báo cho ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được đài thọ khác phải được PCP chấp thuận. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ giúp quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và các dịch vụ khác khi quý vị thay đổi PCP của mình.

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

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần được PCP hoặc chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi sử dụng các nhà cung cấp khác. Việc chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể nhận các dịch vụ như các dịch vụ được liệt kê bên dưới mà không cần PCP của quý vị hoặc chương trình của chúng tôi chấp thuận trước:

- Các dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới
- Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được đài thọ, yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải cấp cứu), nếu quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc nếu thời gian, địa điểm và tình hình cụ thể để quý vị nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới không hợp lý. Các ví dụ về dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm các bệnh y khoa và thương tích ngoài dự kiến hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh trạng hiện có. Các cuộc thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp ngay cả

khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không thể cung cấp dịch vụ này cho quý vị.

- Dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận tại một cơ sở chạy thận được Medicare chứng nhận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Nếu quý vị gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên trước khi rời khu vực dịch vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị nhận dịch vụ chạy thận khi quý vị đi xa.

- Các mũi chủng ngừa cúm và vắc-xin COVID-19*:* cũng như các loại vắc-xin viêm gan B và vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị nhận các loại vắc-xin này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Trong đó bao gồm khám ngực, chụp nhũ ảnh tầm soát (chụp X-quang ngực), Xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung và khám vùng chậu miễn là quý vị nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

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

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

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh cụ thể hoặc một bộ phận của cơ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa, chẳng hạn như:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc bệnh nhân ung thư.

- Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh tim.

- Bác sĩ chỉnh hình chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị tới khám với một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hoặc các nhà cung cấp cụ thể khác
khi việc này là cần thiết về mặt y tế để quý vị duy trì sức khỏe tốt. PCP của quý vị có thể đưa cho quý vị một mẫu đơn để mang đến bác sĩ chuyên khoa. Bác sĩ chuyên khoa sẽ điền vào mẫu đơn đó và gửi lại cho PCP của quý vị. Bác sĩ chuyên khoa sẽ điều trị cho quý vị trong thời gian mà họ cho rằng quý vị cần được điều trị.

Nếu gặp phải vấn đề sức khỏe cần được chăm sóc y tế đặc biệt trong thời gian dài, quý vị có thể cần một giấy giới thiệu dài hạn. Việc có giấy giới thiệu dài hạn có nghĩa là quý vị có thể đến thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa nhiều lần mà không cần lấy giấy giới thiệu cho mỗi lần thăm khám.

Đối với một số loại dịch vụ chăm sóc, PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ cần đề nghị Alameda Alliance Wellness cho phép trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Việc này được gọi là yêu cầu chấp thuận trước hay cho phép trước. Như vậy có nghĩa là chương trình phải đảm bảo rằng dịch vụ chăm sóc đó cần thiết về mặt y tế.

Quý vị phải được Alameda Alliance Wellness cho phép trước khi nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. PCP của quý vị chịu trách nhiệm gửi yêu cầu cho phép trước để nhận các dịch vụ ngoài mạng lưới.

Nhân viên y tế hoặc lâm sàng, chẳng hạn như bác sĩ, y tá và dược sĩ sẽ là người duyệt xét yêu cầu chấp thuận trước (cho phép trước). Alameda Alliance Wellness sẽ không gây ảnh hưởng đến quyết định của người duyệt xét trong việc từ chối hoặc chấp thuận bảo hiểm hay dịch vụ dưới bất kỳ hình thức nào.

Để biết thêm thông tin về các dịch vụ cần được cho phép trước, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4, Mục D**.

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

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

- Kể cả khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi phải đảm bảo quý vị luôn tiếp cận được các nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết rằng nhà cung cấp của quý vị sắp rời chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn lựa nhà cung cấp mới.
    - Nếu nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị rời chương trình, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu quý vị có thăm khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
    - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời chương trình, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu quý vị được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã thăm khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ tiêu chuẩn để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế hoặc tiến hành các liệu pháp với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận phương pháp điều trị

hoặc liệu pháp cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.

- Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về các lựa chọn và kỳ ghi danh hiện có mà quý vị có thể sử dụng để thay đổi chương trình.
- Nếu chúng tôi không thể tìm được một bác sĩ chuyên khoa đủ tiêu chuẩn trong mạng lưới mà quý vị có thể dễ dàng tới thăm khám, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi một nhà cung cấp hay một quyền lợi trong hệ thống không khả dụng hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Trường hợp này cần có cho phép trước.
- Nếu quý vị nhận thấy một trong các nhà cung cấp của mình sắp rời chương trình, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa thay thế nhà cung cấp trước của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc chúng tôi không quản lý tốt dịch vụ chăm sóc cho quý vị, quý vị có quyền gửi khiếu nại về chất lượng chăm sóc tới Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO), đơn than phiền về chất lượng chăm sóc hoặc cả hai. (Tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là nhà cung cấp không có thỏa thuận hợp tác với Alameda Alliance Wellness. Quý vị được quyền nhận các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Quý vị có thể phải thanh toán cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực phục vụ của quý vị ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc gia đình, chăm sóc nhạy cảm và dịch vụ chăm sóc được Alameda Alliance Wellness chấp thuận trước. Nếu quý vị cần những dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế không có sẵn trong mạng lưới, quý vị có thể nhận những dịch vụ này tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoàn toàn miễn phí. Alameda Alliance Wellness có thể chấp thuận giấy giới thiệu đến thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu các dịch vụ quý vị cần không được cung cấp trong mạng lưới hoặc ở rất xa nhà quý vị. Nếu giới thiệu quý vị đến thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Đối với các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trong khu vực dịch vụ của Alameda Alliance Wellness, quý vị không cần chấp thuận trước (cho phép trước) để nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị sẽ cần chấp thuận trước (cho phép trước) khi nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực dịch vụ của Alameda Alliance Wellness. Ngoài ra, dịch vụ chạy thận được đài thọ cho các hội viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End-Stage Renal

Disease, ESRD) di chuyển bên ngoài khu vực dịch vụ của Alameda Alliance Wellness hoặc khi nhà cung cấp tạm thời không thể cung cấp dịch vụ hoặc không thể tiếp cận được và các hội viên này không thể tiếp cận các nhà cung cấp dịch vụ cho ESRD có hợp đồng.

Nếu quý vị ở bên ngoài khu vực dịch vụ của Alameda Alliance Wellness và cần dịch vụ chăm sóc không phải cấp cứu hay khẩn cấp, hãy gọi ngay cho PCP của quý vị. Đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu, hãy gọi **911** hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất. Alameda Alliance Wellness đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu ngoài mạng lưới. Alameda Alliance Wellness có phạm vi bảo hiểm cấp cứu trên toàn thế giới. Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare và/hoặc Medi-Cal yêu cầu chương trình của chúng tôi đài thọ và các Nhà Cung Cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một Nhà Cung Cấp ngoài mạng lưới. PCP của quý vị chịu trách nhiệm gửi yêu cầu cho phép trước để nhận các dịch vụ ngoài mạng lưới. Quý vị phải được chương trình hoặc nhóm y tế liên kết của PCP của quý vị cho phép trước khi nhận dịch vụ chăm sóc từ một Nhà Cung Cấp ngoài mạng lưới trừ khi quý vị nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Trong trường hợp này, quý vị sẽ thanh toán số tiền bằng với số tiền quý vị sẽ trả nếu nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

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

- Chúng tôi không thể thanh toán cho một nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị phải trả toàn bộ chi phí 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 Medicare.

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị được ở tại nhà và tránh phải nhập viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị có quyền tiếp cận LTSS thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community Based Adult Services, CBAS) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Quý vị có thể tiếp cận một loại LTSS khác, chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, thông qua cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Chương trình IHSS sẽ hỗ trợ chi trả cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn tại chính ngôi nhà của mình. IHSS được xem là lựa chọn thay thế cho hình thức chăm sóc ngoài gia đình, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc tập thể.
- Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS bao gồm dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc đại tiểu tiện, tắm rửa, chải chuốt và dịch vụ y tế đặc biệt), đi cùng đến các buổi hẹn y tế và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ.

Nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tham gia bất kỳ chương trình LTSS nào, điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký để đảm bảo quý vị được nhận dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cần thiết tại nhà.

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm 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 lợi tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare và mô hình quản lý chăm sóc có quản lý của Medi-Cal bảo hiểm. Chương trình của chúng tôi không cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal hoặc dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quận, nhưng quý vị có thể nhận các dịch vụ này thông qua (Chương Trình Chăm Sóc và Đánh Giá Khủng Hoảng Cấp Tính cho Dịch Vụ Trên Toàn Hệ Thống (Acute Crisis Care and Evaluation for Systemwide Services, ACCESS)) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận Alameda.

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

Quý vị có thể nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tâm thần (Mental Health Plan, MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp thông qua (Chương Trình ACCESS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khoẻ Hành Vi Quận Alameda bao gồm:

- dịch vụ sức khoẻ tâm thần
- dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- dịch vụ điều trị ban ngày chuyên sâu
- dịch vụ 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 trưởng thành
- dịch vụ điều trị khủng hoảng nội trú
- dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- dịch vụ điều trị nội trú tại bệnh viện tâm thần
- quản lý hồ sơ theo mục tiêu
- hỗ trợ tái hòa nhập cho người từng vướng vào hệ thống tư pháp

- điều trị cộng đồng tích cực (Assertive Community Treatment, ACT)
- điều trị cộng đồng tích cực cho đối tượng tư pháp hình sự (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- chăm sóc chuyên khoa phối hợp (Coordinated Specialty Care, CSC) cho loạn thần giai đoạn đầu tiên (First Episode Psychosis, FEP)
- dịch vụ tại không gian chung (clubhouse)
- dịch vụ nâng cao của nhân viên y tế cộng đồng (Community Health Worker, CHW)
- việc làm được hỗ trợ
- dịch vụ hỗ trợ từ người cùng cảnh ngộ
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động trong cộng đồng
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc chuyên sâu
- dịch vụ tại nhà chuyên sâu

Dịch vụ thuốc của Medi-Cal được cung cấp thông qua (Chương Trình ACCESS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khoẻ Hành Vi Quận Alameda bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện nội trú dành cho phụ nữ mang thai
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện bằng thuốc thay thế
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động trong cộng đồng

Quý vị có thể nhận các dịch vụ thuộc Hệ Thống Cung Cấp Dịch Vụ Thuốc Có Tổ Chức của Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) được cung cấp thông qua

(Chương Trình ACCESS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khoẻ Hành Vi Quận Alameda nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận những dịch vụ này. Các dịch vụ DMC-ODS bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- dịch vụ nhập viện bán trú
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ điều trị tại cơ sở
- dịch vụ quản lý cai nghiện
- chương trình điều trị nghiện bằng thuốc thay thế
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động trong cộng đồng
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- tầm soát định kỳ, chẩn đoán và điều trị sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

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

Quý vị có thể tìm dịch vụ sức khỏe tâm thần và dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện thông qua danh bạ nhà cung cấp của Chương Trình tại www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor hoặc bằng cách gọi tới ban dịch vụ hội viên của Chương Trình theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).

Quý vị có thể tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ khủng hoảng 24/7 bằng cách gọi 988 hoặc thông qua các nguồn lực được liệt kê trên trang web của chúng tôi tại www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng bất cứ lúc nào mà không cần liên hệ trước với Chương Trình. Không cần cho phép trước.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.
Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.
Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Chương Trình có cung cấp dịch vụ điều phối chăm sóc để hỗ trợ quý vị tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. Quý vị có thể gọi tới ban dịch vụ hội viên (1.888.88A.DSNP hoặc 1.888.882.3767) để yêu cầu hỗ trợ tìm nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi.

Quý vị không cần giấy giới thiệu của PCP để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi. Chúng tôi áp dụng nguyên tắc “mọi đường đều đúng” trong việc tiếp cận dịch vụ, nghĩa là quý vị có thể tiếp cận qua nhiều điểm tiếp nhận khác nhau.

Chương Trình sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc và quyền lợi khi quý vị tiếp cận dịch vụ giữa Chương Trình và quận. Với một số loại thông tin, quý vị có thể cần đồng ý cho phép chia sẻ thông tin giữa Chương Trình và quận.

Một dịch vụ được xem là “cần thiết về mặt y tế” hay “thiết yếu về mặt y khoa” khi hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh tật hoặc tình trạng tàn tật nghiêm trọng hoặc để giảm đau đớn dữ dội.

Chương Trình và quận tuân thủ một quy trình duyệt xét đã được hai bên thống nhất nhằm bảo đảm giải quyết kịp thời các tranh chấp lâm sàng và hành chính. Quý vị có thể gọi tới ban dịch vụ hội viên (1.888.88A.DSNP hoặc 1.888.882.3767) nếu có thắc mắc thêm về quá trình duyệt xét.

G. Dịch vụ vận chuyển

G1. Vận Chuyển Y Tế Không Phải Cấp Cứu

Quý vị được quyền nhận quyền lợi đưa đón y tế không phải cấp cứu nếu có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng xe hơi, xe buýt hoặc taxi để đến các cuộc hẹn thăm khám của mình. Dịch vụ vận chuyển y tế không phải cấp cứu có thể được cung cấp cho các dịch vụ được đài thọ chẳng hạn như các lịch hẹn khám bệnh, nha khoa, sức khỏe tâm thần, sử dụng chất gây nghiện và tới nhà thuốc. Nếu quý vị cần sử dụng dịch vụ đưa đón y tế không phải cấp cứu, quý vị có thể trao đổi với PCP của mình hoặc nhà cung cấp khác và yêu cầu nhận dịch vụ. PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác sẽ quyết định loại phương tiện đưa đón phù hợp nhất để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần dịch vụ vận chuyển y tế không phải cấp cứu, họ sẽ chỉ định dịch vụ này bằng cách hoàn thiện biểu mẫu và gửi xin ý kiến chấp thuận của Alameda Alliance Wellness. Tùy thuộc vào nhu cầu y tế của quý vị, ý kiến chấp thuận sẽ có hiệu lực trong một năm. PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác sẽ đánh giá lại nhu cầu cần dịch vụ vận chuyển y tế không phải cấp cứu để chấp thuận lại sau mỗi 12 tháng.

Dịch vụ vận chuyển y tế không phải cấp cứu gồm xe cứu thương, xe van có cáng, xe van chở xe lăn hoặc phương tiện đưa đón đường hàng không. Alameda Alliance Wellness cho phép sử dụng phương thức vận chuyển chi phí thấp nhất và dịch vụ vận chuyển y tế không phải cấp cứu phù hợp nhất để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần được chở đến cuộc hẹn thăm khám. Ví dụ, nếu quý vị có thể được đưa đón bằng xe van chở xe lăn vì lý do thể chất hoặc y tế, Alameda Alliance Wellness sẽ không thanh toán cho xe cứu thương. Quý vị chỉ được quyền sử dụng phương tiện đưa đón bằng đường hàng không nếu bệnh trạng của quý vị không cho phép vận chuyển quý vị bằng bất cứ loại phương tiện đưa đón mặt đất nào.

Quý vị phải sử dụng dịch vụ vận chuyển y tế không phải cấp cứu khi:

- Vì lý do thể chất hoặc y tế, quý vị cần dịch vụ này như được xác định bằng văn bản cho phép từ PCP của quý vị hay nhà cung cấp khác vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe van để đến cuộc hẹn của mình.
- Quý vị cần có tài xế giúp đỡ tại nơi ở, trên phương tiện hay nơi điều trị do tình trạng khuyết tật về thể chất hay tâm thần.

Để yêu cầu dịch vụ vận chuyển y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định cho các **cuộc hẹn thăm khám định kỳ** không khẩn cấp, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Chuyên Chở của Alliance theo số 1.866.791.4158 ít nhất ba (3) ngày làm việc (Thứ 2 - Thứ 6) trước cuộc hẹn của quý vị. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929. Đối với các **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Quý vị vui lòng chuẩn bị sẵn Thẻ ID Hội Viên khi gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị cần thêm thông tin.

Giới hạn về dịch vụ vận chuyển y tế

Alameda Alliance Wellness đài thọ không giới hạn số chuyến đi của dịch vụ vận chuyển y tế chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị từ nhà quý vị tới nhà cung cấp gần nhất nơi thực hiện cuộc hẹn. Dịch vụ vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không đài thọ cho dịch vụ. Nếu loại cuộc hẹn thăm khám được Medi-Cal đài thọ mà không thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe, Alameda Alliance Wellness sẽ giúp quý vị đặt lịch đưa đón cho quý vị. Danh sách các dịch vụ được đài thọ có trong **Chương 4** của cẩm nang này. Dịch vụ vận chuyển sẽ không được đài thọ ngoài mạng lưới hoặc khu vực dịch vụ của Alameda Alliace Wellness trừ khi được cho phép trước.

G2. Dịch vụ vận chuyển phi y tế

Quyền lợi vận chuyển phi y tế bao gồm di chuyển đến và về từ các cuộc hẹn để nhận một dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Quý vị có thể được đưa đón miễn phí khi quý vị:

- Đến và về từ cuộc hẹn để nhận dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép, **hoặc**
- Mua thuốc theo toa và vật tư y tế.

Alameda Alliance Wellness cho phép quý vị sử dụng xe hơi, taxi, xe buýt hoặc phương tiện công cộng/tư nhân khác để tới cuộc hẹn nhằm nhận dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Alameda Alliance Wellness sử dụng Modivcare để sắp xếp dịch vụ vận chuyển phi y tế. Chúng tôi đài thọ cho loại hình vận chuyển phi y tế chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được bồi hoàn cho các chuyến đi bằng phương tiện riêng do quý vị sắp xếp. Trường hợp này phải được Alameda Alliance Wellness chấp thuận **trước** khi quý vị được đưa đón và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do quý vị không thể sử dụng phương tiện nào khác, ví dụ như đi xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi điện hoặc gửi email hoặc thông báo trực tiếp. **Quý vị sẽ không được bồi hoàn nếu tự mình lái xe**.

Để được bồi hoàn theo quãng đường đi, quý vị cần có tất cả những thông tin sau:

- Giấy phép lái xe của tài xế.
- Thông tin đăng ký xe của tài xế.
- Bằng chứng bảo hiểm xe hơi của tài xế.

Để yêu cầu chuyến đi nhằm nhận các dịch vụ đã được cho phép, hãy gọi Dịch Vụ Chuyên Chở của Alliance theo số 1.866.791.4158 ít nhất ba (3) ngày làm việc (Thứ 2 - Thứ 6) trước cuộc

hẹn của quý vị. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929. Đối với các **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Quý vị vui lòng chuẩn bị sẵn Thẻ ID Hội Viên khi gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị cần thêm thông tin.

Lưu ý: Hội Viên Người Mỹ Bản Địa có thể liên hệ với Phòng Khám Y Tế cho Người Mỹ Bản Địa để yêu cầu dịch vụ vận chuyển phi y tế.

Giới hạn về dịch vụ vận chuyển phi y tế

Alameda Alliance Wellness cung cấp không giới hạn số chuyến đi của dịch vụ vận chuyển phi y tế chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị từ nhà quý vị tới nhà cung cấp gần nhất nơi thực hiện cuộc hẹn. **Quý vị không được tự mình lái xe hoặc nhận bồi hoàn trực tiếp.**

Dịch vụ vận chuyển phi y tế **không** áp dụng nếu:

- Quý vị cần sử dụng xe cứu thương, xe van có cáng, xe van chở xe lăn hoặc phương tiện vận chuyển y tế không phải cấp cứu khác để nhận một dịch vụ.
- Quý vị cần có tài xế hỗ trợ tại nơi ở, trên phương tiện hay nơi điều trị do có tình trạng về thể chất hay y tế.
- Quý vị đi xe lăn và không thể di chuyển vào và ra khỏi xe nếu không có tài xế giúp đỡ.
- Dịch vụ không được Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ.

H. Các dịch vụ được đài thọ trong tình huống cấp cứu y tế, khi cần thiết khẩn cấp hoặc khi xảy ra thảm họa

H1. Dịch vụ chăm sóc trong tình huống cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là khi bệnh trạng có các triệu chứng như ốm bệnh, đau dữ dội, thương tích nghiêm trọng hoặc bệnh trạng nhanh chóng trở nên tệ hơn. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, quý vị hoặc bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa đều có thể dự đoán kết quả là:

- nguy cơ nghiêm trọng đối với tính mạng của quý vị hoặc của thai nhi; **hoặc**
- gây mất hoặc tổn hại nghiêm trọng đến chức năng của cơ thể; **hoặc**
- rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào trên cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi:
    - Không có đủ thời gian để đưa quý vị đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh.
    - Việc chuyển sang bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hay sự an toàn của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị.

Nếu quý vị gặp tình huống cấp cứu y tế:

- **Xin giúp đỡ càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc sử dụng phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần PCP của quý vị chấp thuận hoặc gửi giấy giới thiệu. Quý vị không cần phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, tại bất cứ đâu ở Hoa Kỳ hoặc vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ hoặc trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp nào được cấp giấy phép phù hợp của tiểu bang, kể cả khi họ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi.
- **Hãy thông báo cho chương trình của chúng tôi về tình huống cấp cứu sớm nhất có thể.** Chúng tôi sẽ theo dõi dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc một người khác nên gọi để thông báo cho chúng tôi về dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải thanh toán cho các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị trì hoãn việc thông báo cho chúng tôi. Hãy gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929. Số điện thoại Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi có trên thẻ ID hội viên của quý vị.

Dịch vụ được đài thọ trong tình huống cấp cứu y tế

Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ xe cứu thương trong trường hợp sức khỏe của quý vị sẽ gặp nguy hiểm nếu đi tới phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác. Chúng tôi cũng đài thọ cho các dịch vụ y tế trong tình huống cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Nhà cung cấp thực hiện dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình huống cấp cứu y tế đã qua. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên hệ với chúng tôi để lập kế hoạch nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc theo dõi để hồi phục.

Chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc theo dõi của quý vị. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp quản dịch vụ chăm sóc quý vị sớm nhất có thể.

Nếu quý vị cần được chăm sóc cấp cứu bên ngoài khu vực dịch vụ của Alameda Alliance Wellness, hãy đến phòng cấp cứu (Emergency Room, ER) gần nhất, ngay cả khi ER đó không thuộc mạng lưới của Alameda Alliance Wellness. Nếu quý vị đến ER, hãy yêu cầu họ gọi cho Alameda Alliance Wellness. Quý vị hay bệnh viện tiếp nhận quý vị cần gọi cho Alameda Alliance Wellness trong vòng 24 giờ sau khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu. Nếu quý vị ra ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ mà không phải đến Canada hay Mexico và cần dịch vụ chăm sóc cấp cứu, chương trình sẽ **không** đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Medicare không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Alameda Alliance Wellness đài thọ cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ với hạn mức bồi hoàn hàng năm là $25,000. Vui lòng lưu ý rằng các dịch vụ vận chuyển cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ không được đài thọ. Xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong **Chương 4, Mục D** của tài liệu này để biết thêm thông tin.

Nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu nếu không phải tình huống cấp cứu

Đôi khi rất khó để biết quý vị gặp tình huống cấp cứu y tế hay tình huống khẩn cấp về sức khỏe hành vi. Quý vị có thể tới để nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và bác sĩ lại nói rằng đó thực sự không phải tình huống cấp cứu. Miễn là quý vị có cơ sở hợp lý để cho rằng sức khỏe của quý vị gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ thông báo rằng đó không phải tình huống cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc bổ sung của quý vị nếu:

- Quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới **hoặc**

- Dịch vụ chăm sóc bổ sung quý vị nhận được coi là "dịch vụ cần thiết khẩn cấp" và quý vị tuân thủ các quy tắc để nhận dịch vụ đó. Tham khảo trong mục tiếp theo.

H2. Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trong một tình huống không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ: bệnh trạng hiện tại của quý vị bùng phát hoặc bị quý vị bệnh hoặc thương tích ngoài dự kiến.

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi

Chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp nếu:

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

Nếu không thể hoặc không hợp lý để tới một nhà cung cấp trong mạng lưới vì lý do liên quan đến thời gian, địa điểm hoặc tình hình cụ thể của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Để được chăm sóc khẩn cấp, hãy gọi cho PCP của quý vị. Nếu quý vị không thể liên hệ với PCP của mình, hãy gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929. Hoặc quý vị có thể gọi đến số điện thoại miễn cước của Đường Dây Y Tá Tư Vấn hoạt động 24/7 theo số 1.888.433.1876 (TTY 711) để tìm hiểu mức độ chăm sóc phù hợp nhất với quý vị.

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi

Khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp quý vị nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào. Tuy nhiên, các cuộc thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp, ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chương trình chúng tôi tạm thời không thể cung cấp dịch vụ này cho quý vị.

Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ trong những trường hợp sau đây.

- Các dịch vụ được đài thọ trên toàn thế giới theo cùng điều kiện liên quan đến sự phù hợp và tính cần thiết về mặt y tế như khi các dịch vụ đó được cung cấp tại Hoa Kỳ.

H3. Dịch vụ chăm sóc khi xảy ra thảm họa

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

Hãy truy cập trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc quý vị cần khi xảy ra thảm họa đã được tuyên bố: www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Trong khi xảy ra thảm họa đã được tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoàn toàn miễn phí. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong thời gian xảy ra thảm họa đã được tuyên bố, quý vị có thể mua các thuốc của mình tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

I. Nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được đài thọ thì sao

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ của mình hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết mình cần làm gì.

Quý vị không nên tự trả hóa đơn. Nếu quý vị tự trả, chúng tôi không thể trả lại tiền cho quý vị.

I1. Việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ cho dịch vụ

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1.800.735.2929.
Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.
Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

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

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

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có thanh toán cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc dịch vụ chăm sóc nào hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có thể gửi văn bản yêu cầu điều này. Nếu chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi.

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

Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ tới một hạn mức nhất định. Nếu quý vị vượt quá hạn mức này, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí để nhận thêm loại dịch vụ đó. Tham khảo **Chương 4** để biết các hạn mức quyền lợi cụ thể. Vui lòng gọi ban Dịch Vụ Hội Viên để biết các hạn mức quyền lợi và mức quyền lợi mà quý vị đã sử dụng.

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

J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng

Nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là cách các bác sĩ thử nghiệm các loại thuốc hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới. Nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường mời tình nguyện viên tham gia nghiên cứu. Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể vẫn ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc còn lại của mình (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận nào, quý vị **không** cần thông báo cho chúng tôi hoặc cần có ý kiến chấp thuận của chúng tôi hoặc nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị. Các nhà cung cấp chăm sóc cho quý vị khi quý vị tham gia nghiên cứu **không** cần nằm trong mạng lưới. Quy định này không áp dụng cho các quyền

lợi được đài thọ nhưng cần cơ sở dữ liệu hoặc thử nghiệm lâm sàng để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi nhất định cần có bảo hiểm đi kèm với phát triển bằng chứng (Quyết Định Bảo Hiểm Quốc Gia - Bảo Hiểm có Phát Triển Bằng Chứng (National Coverage Determination - Coverage with Evidence Development, NCD-CED)) và các nghiên cứu miễn trừ thiết bị thử nghiệm (Investigational Device Exemption, IDE). Những quyền lợi này cũng có thể phải tuân thủ quy tắc về cho phép trước và các quy tắc khác của chương trình.

Chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo cho chúng tôi trước khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng.

Nếu quý vị dự định tham gia một nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare đài thọ cho những người ghi danh, chúng tôi khuyến khích quý vị hoặc điều phối viên chăm sóc liên hệ với ban Dịch Vụ Hội Viên để cho chúng tôi biết rằng quý vị sẽ tham gia một thử nghiệm lâm sàng.

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

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị không phải thanh toán bất kỳ chi phí nào cho các dịch vụ được đài thọ trong nghiên cứu. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ trong nghiên cứu cũng như các chi phí định kỳ liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Sau khi quý vị tham gia một nghiên cứu 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 theo chính sách của nghiên cứu. Trong đó bao gồm:

- chi phí phòng và ăn ở trong thời gian nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- cuộc phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác trong nghiên cứu
- phương pháp điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu mà Medicare **chưa** chấp thuận, quý vị sẽ thanh toán mọi chi phí liên quan đến việc tham gia nghiên cứu đó.

J3. Thông tin khác về nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc mục "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Nghiên Cứu Lâm Sàng) trên trang web của Medicare tại (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.

K. Cách các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế liên quan đến tôn giáo

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

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

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

K2. Dịch vụ chăm sóc của cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế liên quan đến tôn giáo

Để nhận dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế liên quan đến tôn giáo, quý vị phải ký một văn bản pháp lý cho biết quý vị không muốn nhận phương pháp điều trị y tế "không phải ngoại lệ".

- Phương pháp điều trị y tế "không phải ngoại lệ" là bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc phương pháp điều trị nào **mang tính tự nguyện và không bắt buộc** theo bất kỳ luật nào của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Phương pháp điều trị y tế "ngoại lệ" là bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc phương pháp điều trị nào **không mang tính tự nguyện và là bắt buộc** theo luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc 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 phi y tế liên quan đến tôn giáo 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 cho các hạng mục chăm sóc không mang tính tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận dịch vụ do cơ sở này cung cấp tại một cơ sở:
    - Chỉ khi bệnh trạng của quý vị phù hợp thì quý vị mới được nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được đài thọ.
    - Quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi nhập viện vào cơ sở, nếu không quý vị sẽ **không** được đài thọ cho thời gian ở tại cơ sở đó.

Các hạn mức bảo hiểm Nội Trú Tại Bệnh Viện của Medicare sẽ được áp dụng. Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các ngày nằm viện nội trú khi cần thiết về mặt y tế. Vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4**, **Mục D**.

L. Thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME)

L1. DME với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

DME bao gồm các vật dụng nhất định cần thiết về mặt y tế được nhà cung cấp chỉ định, chẳng hạn như xe lăn, nạng, hệ thống đệm y tế có động cơ, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện được nhà cung cấp chỉ định để dùng tại nhà, bơm truyền qua tĩnh mạch (Intravenous, IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và vật tư cung cấp oxy, máy khí dung, và khung tập đi.

Quý vị sở hữu một số vật dụng DME, chẳng hạn như chân tay giả.

Quý vị phải thuê các loại DME khác. Với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị thường sẽ **không** sở hữu các vật dụng DME được thuê, bất kể quý vị thuê vật dụng đó trong bao lâu.

Trong một số trường hợp giới hạn, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME sang cho quý vị. Vui lòng gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin.

Kể cả khi quý vị đã có DME trong 12 tháng liên tục theo chính sách của Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ **không** sở hữu thiết bị đó.

L2. Quyền 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 được sở hữu DME đó sau 13 tháng. Trong một chương trình Medicare Advantage (MA), chương trình có thể quy định số tháng mọi người phải thuê một số loại DME nhất định trước khi sở hữu DME đó.

Trong một số trường hợp giới hạn, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME sang cho quý vị. Vui lòng gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin. Nếu quý vị không còn Medi-Cal nữa, quý vị sẽ phải trả 13 khoản thanh toán liên tục theo Original Medicare hoặc quý vị sẽ phải trả số khoản thanh toán liên tục theo quy định của chương trình MA để sở hữu DME đó nếu:

- quý vị không trở thành chủ sở hữu của vật dụng DME khi quý vị đang tham gia chương trình của chúng tôi, **và**
- quý vị rời chương trình của chúng tôi và nhận các quyền lợi Medicare không thuộc bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào trong chương trình Original Medicare hoặc một chương trình MA.

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

- Quý vị sẽ phải trả 13 khoản thanh toán mới liên tục theo Original Medicare hoặc số khoản thanh toán mới liên tục theo quy định của chương trình MA để sở hữu DME đó.
- Quy định này không có ngoại lệ khi quý vị quay trở lại Original Medicare hoặc một chương trình MA.

L3. Quyền lợi thiết bị cung cấp oxy với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn được nhận thiết bị cung cấp oxy được Medicare bảo hiểm, chúng tôi sẽ đài thọ:

- tiền thuê thiết bị cung cấp oxy
- việc cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- chi phí bảo trì và sửa chữa thiết bị cung cấp oxy

Quý vị phải trả lại thiết bị cung cấp oxy khi thiết bị không còn cần thiết về mặt y tế hoặc nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi.

L4. Thiết bị cung cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác

Khi quý vị cần thiết bị cung cấp oxy vì lý do y tế và **quý vị rời chương trình của chúng tôi để chuyển sang Original Medicare**, quý vị sẽ thuê thiết bị đó từ một nhà cung cấp trong 36 tháng. Khoản thanh toán tiền thuê thiết bị hàng tháng sẽ chi trả cho thiết bị cung cấp oxy và các vật tư và dịch vụ được liệt kê ở trên. Medicare và Medi-Cal đài thọ những khoản thanh toán này nếu quý vị vẫn còn ghi danh trong Medicare và Medi-Cal.

Nếu quý vị cần thiết bị cung cấp oxy vì lý do y tế **sau khi quý vị đã thuê thiết bị trong 36 tháng**, nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp:

- thiết bị cung cấp oxy, các vật tư và dịch vụ thêm 24 tháng nữa
- thiết bị cung cấp oxy và vật tư trong tối đa 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế

Nếu thiết bị cung cấp oxy vẫn còn cần thiết về mặt y tế **khi kết thúc giai đoạn 5 năm**:

- Nhà cung cấp của quý vị không phải tiếp tục cung cấp thiết bị đó nữa và quý vị có thể chọn nhận thiết bị thay thế từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- Một giai đoạn 5 năm mới sẽ bắt đầu.
- Quý vị thuê thiết bị từ một nhà cung cấp trong 36 tháng.
- Sau đó, nhà cung cấp của quý vị sẽ cung cấp thiết bị cung cấp oxy, các vật tư và dịch vụ thêm 24 tháng nữa.
- Một chu kỳ mới bắt đầu sau mỗi 5 năm miễn là thiết bị cung cấp oxy cần thiết về mặt y tế.

Khi quý vị cần thiết bị cung cấp oxy vì lý do y tế và **quý vị rời chương trình của chúng tôi để chuyển sang một chương trình MA khác**, chương trình sẽ đài thọ ít nhất bằng với mức đài thọ của Original Medicare. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới của mình về thiết bị cung cấp oxy và các vật tư mà chương trình đài thọ và mức chi phí tương ứng.

Chương 4: Bảng quyền lợi

Giới Thiệu

Chương này cho bạn 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. Ngoài ra, chương này cũng sẽ cho bạn biết về những quyền lợi không được đài thọ theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm nang Hội viên* này.

Hội viên mới của Alameda Alliance Wellness: Trong hầu hết các trường hợp, bạn sẽ được ghi danh tham gia Alameda Alliance Wellness để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi bạn yêu cầu ghi danh tham gia Alameda Alliance Wellness. Bạn vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của mình trong một tháng nữa. Sau đó, bạn sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Alameda Alliance Wellness. Sẽ không có khoảng trống nào trong phạm vi bảo hiểm Medi-Cal của bạn. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi 1.800.735.2929 nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào.

Mục Lục

A. Các dịch vụ được đài thọ của bạn 78

B. Các quy tắc không cho phép các nhà cung cấp tính phí dịch vụ của bạn 78

C. Giới thiệu Bảng Quyền lợi của chương trình chúng tôi 78

D. Bảng Quyền lợi của chương trình chúng tôi 80

E. Hỗ trợ từ cộng đồng 113

F. Quyền lợi được đài thọ ngoài chương trình của chúng tôi 114

F1. Chương trình Chuyển tiếp Cộng đồng của California (California Community Transitions, CCT) 115

F2. Medi-Cal Dental 115

F4. Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (In-Home Supportive Services, IHSS) 117

F5 Chương trình Miễn trừ Dịch vụ Chăm sóc Tại nhà và Cộng đồng (Home and Community Based Services, HCBS) theo Điều khoản 1915(c) 117

G. Quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ 123

A. Các dịch vụ được đài thọ của bạn

Chương này cho bạn biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Bạn cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được đài thọ. Thông tin về các quyền lợi thuốc có trong **Chương 5** của *Cẩm nang Hội viên* này. Chương này cũng giải thích giới hạn của một số dịch vụ.

Vì bạn nhận được trợ giúp từ Medi-Cal nên bạn không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ được đài thọ miễn là bạn tuân thủ các quy tắc của chương trình. Tham khảo **Chương 3** của *Cẩm nang Hội viên* này để biết chi tiết về các quy tắc của chương trình.

Nếu bạn cần trợ giúp để hiểu rõ những dịch vụ nào được đài thọ, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc và/hoặc Dịch vụ Hội viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi tới số 1.800.735.2929.

B. Các quy tắc không cho phép các nhà cung cấp tính phí dịch vụ của bạn

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của chúng tôi lập hóa đơn cho bạn đối với các dịch vụ trong mạng lưới được đài thọ. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp và bảo vệ bạn trước bất kỳ khoản phí nào. Chúng tôi sẽ vẫn làm như vậy ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn mức phí mà nhà cung cấp tính cho một dịch vụ.

Bạn không nên nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được đài thọ. Nếu bạn nhận được, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm nang Hội viên* này hoặc gọi tới Dịch vụ Hội viên.

C. Giới thiệu Bảng Quyền lợi của chương trình chúng tôi

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

Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi khi đáp ứng những quy tắc sau. Bạn **không** phải trả bất cứ khoản phí nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi, miễn là bạn đáp ứng các yêu cầu được mô tả bên dưới.

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ theo các quy tắc do Medicare và Medi-Cal đặt ra.
- Các dịch vụ bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, sức khỏe hành vi và dịch vụ cai nghiện, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thiết bị và thuốc phải “cần thiết về mặt y tế”. Mô tả các dịch vụ, vật tư, hoặc thuốc mà bạn cần để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị một tình

trạng y tế, hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại. Điều này bao gồm việc chăm sóc giúp bạn tránh phải nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng. Và cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc phải đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận.

- Đối với những người ghi danh mới, trong 90 ngày đầu tiên, chúng tôi có thể không yêu cầu bạn phải xin chấp thuận trước cho bất kỳ liệu trình điều trị tích cực nào, ngay cả khi liệu trình điều trị đó là dịch vụ bắt đầu với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

- Bạn nhận được dịch vụ chăm sóc từ 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 bạn nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ trừ khi đó là trường hợp chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cần gấp hoặc trừ khi chương trình của bạn hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới giới thiệu cho bạn. **Chương 3** của *Cẩm nang Hội viên* này có thêm thông tin về việc sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.

- Bạn có nhà cung cấp chăm sóc chính (primary care provider, PCP) hoặc nhóm chăm sóc cung cấp và quản lý việc chăm sóc cho bạn. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của bạn phải chấp thuận cho bạn trước khi bạn có thể sử dụng nhà cung cấp không phải là PCP của bạn hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Đây được gọi là giấy giới thiệu. **Chương 3** của *Cẩm nang Hội viên* này có thêm thông tin về việc nhận được giấy giới thiệu và khi nào bạn **không** cần giấy giới thiệu.

- Chúng tôi chỉ đài thọ cho một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của bạn được chúng tôi chấp thuận trước. Đây được gọi là cho phép trước (prior authorization, PA). Chúng tôi đánh dấu hoa thị (*) cho các dịch vụ được đài thọ trong Bảng Quyền lợi cần PA.

- Nếu chương trình của bạn chấp thuận yêu cầu PA cho một liệu trình điều trị, việc chấp thuận đó phải có hiệu lực trong thời gian hợp lý và cần thiết về mặt y tế để tránh gián đoạn việc chăm sóc dựa trên tiêu chí về phạm vi bảo hiểm, tiền sử bệnh án của bạn và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

- Nếu bạn không còn quyền lợi Medi-Cal, trong khoảng thời gian ba (3) tháng được coi là tiếp tục hội đủ điều kiện, quyền lợi Medicare của bạn trong chương trình này sẽ tiếp tục. Tuy nhiên, dịch vụ Medi-Cal của bạn có thể không được đài thọ. Liên hệ với văn phòng xác định tư cách đủ điều kiện của quận hoặc Health Care Options để biết bạn có đủ điều kiện tham gia Medi-Cal không. Bạn có thể được giữ lại các quyền lợi Medicare, nhưng không phải là các quyền lợi Medi-Cal.

Tất cả dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quả táo này 🍎 biểu thị các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền lợi

D. Bảng Quyền lợi của chương trình chúng tôi

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Kiểm tra sàng lọc phình động mạch chủ vùng bụng Chúng tôi chi trả một lần siêu âm kiểm tra sàng lọc cho những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ cho kiểm tra sàng lọc này nếu bạn có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu bạn được bác sĩ, y sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc y tá chuyên khoa lâm sàng giới thiệu.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Châm cứu Chúng tôi chi trả cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong một tháng dương lịch hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho tối đa 12 lần thăm khám châm cứu trong 90 ngày nếu bạn bị đau lưng mãn tính, được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể (không xác định được nguyên nhân toàn thân nào, như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc truyền nhiễm); • không liên quan đến phẫu thuật; **và** • không liên quan đến thai kỳ. Ngoài ra, chúng tôi sẽ chi trả thêm tám buổi châm cứu để điều trị chứng đau lưng mãn tính nếu tình trạng này được cải thiện. Bạn không được thực hiện quá 20 lần châm cứu để điều trị chứng đau lưng mãn tính mỗi năm. Phải ngừng châm cứu nếu tình trạng của bạn không cải thiện hoặc trở nên tệ hơn. Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp: Các bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Châm cứu (tiếp theo) Y sĩ (Physician assistant, PA), chuyên viên điều dưỡng (nurse practitioner, NP)/chuyên viên y tá lâm sàng (clinical nurse specialist, CNS) (như được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo Luật) và nhân viên phụ tá có thể cung cấp dịch vụ 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 Y Học Phương Đông của một trường được Ủy Ban Chứng Nhận về Châm Cứu và Y học Phương Đông (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) công nhận; và • giấy phép hiện hành, đầy đủ, đang hoạt động và không hạn chế để hành nghề châm cứu tại một Tiểu Bang, Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (tức Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Quận Columbia. Nhân viên phụ tá khi cung cấp dịch vụ châm cứu phải được bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS giám sát ở mức thích hợp như được đặt ra trong quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0
	Kiểm tra sàng lọc và tư vấn về tình trạng lạm dụng bia rượu Chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc lạm dụng rượu (SABIRT) đối với những người lớn lạm dụng rượu nhưng không nghiện rượu. Bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu kết quả kiểm tra sàng lọc của bạn là dương tính với lạm dụng rượu, bạn có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu bạn còn có lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) với nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) đủ điều kiện hoặc chuyên viên y tế trong cơ sở chăm sóc chính. Khi cần thiết về mặt y tế, bạn sẽ được giới thiệu đến các dịch vụ điều trị lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, cho dù dành cho trường hợp cấp cứu hoặc không cấp cứu, đều bao gồm phương tiện di chuyển trên mặt đất và đường hàng không (máy bay và trực thăng). Xe cứu thương sẽ đưa bạn đến nơi gần nhất có thể chăm sóc cho bạn. Tình trạng của bạn phải đủ nghiêm trọng để những cách khác đưa bạn đến nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của bạn. Dịch vụ xe cứu thương cho các trường hợp khác (không khẩn cấp) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong những trường hợp không phải trường hợp khẩn cấp, chúng tôi có thể chi trả cho xe cứu thương. Tình trạng của bạn phải đủ nghiêm trọng để những cách khác đưa bạn đến nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của bạn.	$0
🍎	**Thăm khám sức khỏe hàng năm** Bạn có thể được kiểm tra sức khỏe hàng năm. Việc này là để lập hoặc cập nhật một kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của bạn. Chúng tôi chi trả cho việc này 12 tháng một lần. **Lưu ý:** Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của bạn không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám **Chào mừng bạn đến với Medicare**. Tuy nhiên, bạn không cần phải trải qua thăm khám **Chào mừng bạn đến với Medicare** để được thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi bạn đã có Phần B trong 12 tháng.	$0
	Dịch Vụ Phòng Ngừa Bệnh Suyễn Bạn có thể được giáo dục về bệnh suyễn và đánh giá môi trường nhà để tìm các tác nhân gây bệnh thường thấy trong nhà đối với những người bị bệnh suyễn khó kiểm soát.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Chương trình này đài thọ cho các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế. Những dịch vụ được đưa vào nhưng không giới hạn ở: • Dịch Vụ Hỗ Trợ Khủng Hoảng • Đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần • Dịch vụ cai nghiện ngoại trú • Dịch vụ ngoại trú theo dõi liệu pháp thuốc • Tư vấn bệnh tâm thần • Tâm lý và thần kinh tâm lý • Kích Thích Từ Xuyên Sọ (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)*' • Liệu Pháp Sốc Điện* • Các Chương Trình Ngoại Trú Chuyên Sâu • Các Chương Trình Nằm Viện Bán Phần • Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Nội Trú* • Chăm sóc tâm thần nội trú Để biết thêm thông tin, hãy gọi tới Dịch vụ Hội viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). **Có thể cần có cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
🍎	**Đo khối lượng xương** Chúng tôi chi trả cho các quy trình nhất định đối với các hội viên đủ tiêu chuẩn (thường là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương). Những quy trình này xác định khối lượng xương, tìm tình trạng mất xương hoặc tìm hiểu chất lượng xương. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu đó là những dịch vụ cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho một bác sĩ để xem xét và nhận xét về kết quả.	$0
🍎	**Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư vú (phim chụp quang tuyến vú)** Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • một lần chụp quang tuyến vú căn bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 • một lần chụp quang tuyến vú kiểm tra sàng lọc mỗi 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • các lần khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	$0
	Các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch (tim)* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Các hội viên phải đáp ứng một số điều kiện nhất định và phải có giấy giới thiệu hoặc y lệnh của bác sĩ. Chúng tôi cũng đài thọ các chương trình phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu, có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim mạch. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải 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 bạn để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim của bạn. Trong thời gian thăm khám, bác sĩ của bạn có thể: • thảo luận về việc sử dụng aspirin, • kiểm tra huyết áp của bạn, **và/hoặc** • cho bạn các mẹo để đảm bảo bạn đang ăn uống tốt.	$0
	Các kiểm tra sàng lọc bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch 5 năm (60 tháng) một lần. Những xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các khiếm khuyết do nguy cơ mắc bệnh tim cao**.**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	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: Xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (Pap) và khám vùng xương chậu 24 tháng một lần • đối với những phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo: xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (Pap) 12 tháng một lần • đối với những phụ nữ đã có kết quả kiểm tra ung thư cổ tử cung (Pap) bất thường trong vòng ba năm qua và đang trong độ tuổi sinh đẻ: xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (Pap) 12 tháng một lần. • đối với phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc xét nghiệm ung thư cổ tử cung (Pap) cộng với HPV 5 năm một lần.	$0
	Dịch vụ nắn khớp xương* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • điều chỉnh cột sống để nắn chỉnh thẳng Chúng tôi đài thọ cho hai (2) dịch vụ mỗi tháng đối với điều trị cột sống bằng phương pháp nắn chỉnh bằng tay mà không cần được Cho Phép Trước. Bất kỳ dịch vụ bổ sung nào trong cùng tháng đó đều phải được Cho Phép Trước.	$0
	Dịch vụ kiểm soát và điều trị đau mãn tính Dịch vụ được đài thọ hàng tháng cho những người bị đau mãn tính (đau dai dẳng hoặc tái phát kéo dài hơn 3 tháng). Các dịch vụ có thể bao gồm đánh giá cơn đau, quản lý thuốc và điều phối cũng như lập kế hoạch chăm sóc.	Phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ này sẽ thay đổi tùy thuộc vào từng dịch vụ được cung cấp trong liệu trình điều trị. $0

Dịch vụ Được đài thọ	Số tiền bạn phải trả
Khám dò tìm 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 (10 năm) một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo trước đó đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc trước đó. • Chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng 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, có thể thanh toán cho 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 1 lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được thực hiện thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ nội soi đại tràng sigma bằng ống dẻo hoặc chụp 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 nguy cơ cao. 3 năm một lần. • Xét Nghiệm Dấu Ấn Sinh Học dựa trên máu đối với bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Kiểm tra sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp theo) • Các kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng bao gồm thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc tiếp theo sau khi kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare đài thọ cho kết quả dương tính. • 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 thủ thuật nội soi kết tràng kiểm tra sàng lọc bao gồm việc loại bỏ 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.	
	Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community Based Adult Services, CBAS)* Dịch vụ ngoại trú, tại cơ sở để chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình và người chăm sóc, dịch vụ dinh dưỡng, dịch vụ đưa đón và các dịch vụ khác cho hội viên đủ tiêu chuẩn. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch Vụ Của Nhân Viên Y Tế Cộng Đồng Alameda Alliance Wellness đài thọ cho các dịch vụ của nhân viên y tế cộng đồng (community health worker, CHW) dành cho hội viên theo khuyến nghị của bác sĩ hoặc người chăm sóc hành nghề được cấp phép khác để phòng ngừa bệnh tật, khuyết tật và các bệnh trạng khác hoặc ngăn chúng tiến triển để kéo dài tuổi thọ và tăng cường sức khỏe, năng lực về thể chất và tinh thần. CHW hỗ trợ các hội viên bằng cách tạo điều kiện kết nối kịp thời và hiệu quả với các chương trình và dịch vụ thiết yếu, bao gồm chăm sóc chính, đảm bảo rằng mỗi hội viên nhận được chăm sóc phù hợp vào đúng thời điểm và trong môi trường thích hợp. Các dịch vụ có thể bao gồm **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch Vụ Của Nhân Viên Y Tế Cộng Đồng (tiếp theo) **Giáo Dục Sức Khỏe:** CHW nâng cao sức khỏe của hội viên hoặc giải quyết các rào cản cho việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc bằng cách cung cấp thông tin và hướng dẫn phù hợp với văn hóa về các chủ đề sức khỏe thể chất và tinh thần. **Điều Hướng Hệ Thống Chăm Sóc Sức Khỏe:** CHW hỗ trợ các hội viên hiểu và điều hướng hệ thống chăm sóc sức khỏe, cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ và tăng cường tham gia tích cực vào việc chăm sóc cho họ. **Kiểm Tra Sàng Lọc và Đánh Giá:** CHW tiến hành kiểm tra sàng lọc và đánh giá mà không yêu cầu giấy phép lâm sàng, và hỗ trợ các hội viên tiếp cận các dịch vụ dựa trên nhu cầu đã xác định. **Hộ Trợ và Bảo Vệ Cá Nhân:** CHW cung cấp hỗ trợ phù hợp cho từng cá nhân để giúp ngăn ngừa sự khởi phát hoặc việc làm tệ thêm bệnh trạng và giảm nguy cơ thương tích hoặc bạo hành.	$0
	Dịch vụ nha khoa* Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc vệ sinh, trám răng và làm răng giả. Những hạng mục chúng tôi không đài thọ có sẵn thông qua Medi-Cal Dental, được mô tả ở **Mục G2** bên dưới. Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong điều trị cụ thể cho bệnh trạng chính của 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 ghép bộ phận cơ thể. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả

	Dịch vụ nha khoa (tiếp theo)
	
	Ngoài ra, chúng tôi còn đài thọ cho các dịch vụ và thủ thuật nha khoa khác. Những dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở, những dịch vụ sau đây:
	
	<u>Dịch Vụ Phòng Ngừa</u>
	• Khám Miệng – Một lần mỗi năm
	
	<u>Các Dịch Vụ Toàn Diện</u>
	• Phục Hồi*
	  ○ Bảy năm lịch một lần cho mỗi răng
	• Phục hình răng (có thể tháo)*
	  ○ Đệm hàm răng giả toàn bộ hoặc bán phần được đài thọ hai năm lịch một lần
	  ○ Thay thế toàn bộ răng và răng acrylic trên khung kim loại đúc được đài thọ ba năm lịch một lần
	• Phục hình răng (cố định)*
	  ○ Răng giả bán phần cố định (cầu răng) - Bảy năm lịch một lần cho mỗi răng
	• Dịch Vụ Tổng Hợp Bổ Sung*
	  ○ Đài thọ cho một lần tư vấn mỗi năm dương lịch
	
	Chương trình của chúng tôi hợp tác với Liberty Dental để cung cấp các quyền lợi nha khoa cho bạn. Để biết danh sách chi tiết về phạm vi bảo hiểm và tìm nha sĩ trong mạng lưới, bạn có thể truy cập trang web tại www.libertydentalplan.com hoặc gọi 1.888.704.9838. Người dùng TTY có thể gọi tới số 1.877.855.8039.
	8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ PT:
	Ngày 1 tháng 10 - Ngày 31 tháng 3: 7 ngày một tuần
	Ngày 1 tháng 4 - Ngày 30 tháng 9: Thứ 2 – Thứ 6
	
	Bạn nên làm việc với nha sĩ trong mạng lưới của mình để kiểm tra phạm vi bảo hiểm trước khi sử dụng dịch vụ nha khoa. Nếu bạn chọn sử dụng nha sĩ ngoài mạng lưới, các dịch vụ bạn nhận được sẽ không được chương trình của chúng tôi đài thọ.
	
	Ngoài ra, với tư cách là hội viên đủ điều kiện kép, Medi-Cal (Medicaid) sẽ đài thọ cho một số dịch vụ nha khoa bao gồm cả gây mê có thể được sử dụng trong thủ thuật nha khoa của bạn. Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ có
		$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	thể được cung cấp thông qua Chương Trình Medi-Cal Dental. Xem **Mục F2** bên dưới để biết thêm thông tin. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) Để biết thêm thông tin về các quyền lợi nha khoa có trong Medi-Cal Dental, hoặc nếu bạn cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây dịch vụ khách hàng theo số 1.800.322.6384 (người dùng TTY gọi 1.800.735.2922). Cuộc gọi này miễn phí. Đại diện của Medi-Cal Dental sẵn sàng hỗ trợ bạn từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ 2 đến Thứ 6. Bạn cũng có thể truy cập trang web tại www.smilecalifornia.org/ để biết thêm thông tin. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0
🍎	**Kiểm tra sàng lọc trầm cảm** Chúng tôi đài thọ cho một lần kiểm tra sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Việc kiểm tra sàng lọc phải được thực hiện trong cơ sở chăm sóc chính có thể điều trị theo dõi và/hoặc giới thiệu.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc kiểm tra sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm đường huyết lúc đói) nếu bạn 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) • béo phì • tiền sử có đường huyết cao (glucose) Các xét nghiệm có thể được đài thọ trong một số trường hợp khác, như nếu bạn thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Bạn có thể đủ điều kiện tham gia tối đa hai buổi kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường sau mỗi 12 tháng kể từ ngày kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của mình.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Đào tạo, dịch vụ và vật tư tự quản lý bệnh tiểu đường* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (cho dù họ có sử dụng insulin hay không): • Vật tư để theo dõi lượng glucose trong máu bạn, bao gồm những vật dụng sau: ○ máy theo dõi đường huyết ○ que thử đường trong máu ○ bút thử máu ○ các giải pháp kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi. • Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh bàn chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ chi trả các mục sau: ○ một đôi giày đúc tùy chỉnh trị liệu (có cả miếng lót), bao gồm việc lắp và thêm hai đôi miếng lót vào mỗi năm lịch, **hoặc** ○ một đôi giày sâu, bao gồm việc lắp và ba đôi miếng lót mỗi năm (không bao gồm miếng lót có thể tháo rời không tùy chỉnh đi kèm cùng với những đôi giày đó) • Trong một số trường hợp, chúng tôi chi trả cho việc đào tạo để giúp bạn kiểm soát bệnh tiểu đường. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0
	Dịch vụ chuyên gia hỗ trợ thai kỳ Đối với những cá nhân đang mang thai, chúng tôi sẽ thanh toán cho chín lần khám với trợ lý hộ sinh trong thời kỳ trước sinh và sau sinh cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở. Cũng có thể cung cấp thêm tối đa chín lần khám sau sinh.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Thiết bị y tế lâu bền (Durable medical equipment, DME) và các vật tư liên quan* Tham khảo **Chương 12** trong *Cẩm nang Hội viên* này để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế 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 • đệm áp lực khô cho nệm • vật tư bệnh tiểu đường • giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong gia đình • bơm truyền tĩnh mạch (intravenous, IV) và cây truyền • thiết bị tạo giọng nói • thiết bị và vật tư ô-xy • máy khí dung • khung tập đi • gậy có tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế • trị liệu kéo giãn cột sống cổ (có hệ thống nâng) • máy kích thích xương • thiết bị chăm sóc lọc thận • các mục 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 nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của bạn không cung cấp một nhãn hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, bạn có thể hỏi họ xem họ có thể đặt hàng riêng cho bạn không. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ: • được cung cấp bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, **và** • cần thiết để đánh giá hoặc điều trị trường hợp cấp cứu y tế. Trường hợp cấp cứu y tế là bệnh tật, chấn thương, cơn đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng trở nên tệ hơn. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế tức thời, bạn hoặc bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến: • nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của bạn hoặc của thai nhi; **hoặc** • làm tổn hại nghiêm trọng đến chức năng của cơ thể; **hoặc** • rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể hoặc • mất chi hoặc mất chức năng của chi. • Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi: o Không có đủ thời gian để đưa bạn đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh. o Việc chuyển sang viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hay sự an toàn của bạn hay thai nhi của bạn. Chúng tôi cung cấp khoản trợ cấp hàng năm $25,000 cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới (bên ngoài Hoa Kỳ).	$0 Nếu bạn được chăm sóc khẩn cấp tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của bạn đã ổn định, bệnh viện của bạn sẽ gọi cho chương trình của chúng tôi và bạn có thể được chuyển đến bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được chi trả cho chi phí chăm sóc. Bạn chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để điều trị nội trú nếu chương trình của chúng tôi chấp thuận cho bạn nằm lại.

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật pháp cho phép bạn lựa chọn bất kỳ nhà cung cấp nào – dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới – cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Điều này có nghĩa là bạn có thể chọn bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc phòng khám làm về kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • khám kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế • phòng thí nghiệm kế hoạch hóa gia đình và xét nghiệm chẩn đoán • các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, que cấy, thuốc tiêm, thuốc tránh thai, miếng dán hoặc vòng) **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp theo) • vật tư kế hoạch hóa gia đình có kê toa thuốc (bao cao su, bọt tránh thai, xốp tránh thai, phim, màng ngăn, nắp tránh thai) • các dịch vụ sinh sản hạn chế như tư vấn và giáo dục các kỹ thuật nâng cao nhận thức về khả năng sinh sản và/hoặc cố vấn 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 Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS) và các tình trạng khác liên quan đến HIV • ngừa thai vĩnh viễn (Bạn phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Bạn phải ký đơn đồng ý triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật.) • tư vấn di truyền Chúng tôi cũng chi trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, bạn phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi cho các dịch vụ sau: • điều trị tình trạng y tế vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm phương pháp thụ tinh nhân tạo.) • điều trị AIDS và các tình trạng khác liên quan đến HIV • xét nghiệm di truyền	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Các chương trình đào tạo về sức khỏe và sống khỏe Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào các bệnh trạng nhất định. Những chương trình này bao gồm: • các lớp giáo dục sức khỏe; • các lớp giáo dục dinh dưỡng; • cai hút thuốc và các sản phẩm thuốc lá; **và** • đường dây nóng về điều dưỡng 24/7 **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Các chương trình đào tạo về sức khỏe và sống khỏe (tiếp theo) **Đường Dây Tư Vấn Y Tá:** Đường Dây Tư Vấn Y Tá có thể cung cấp miễn phí cho bạn thông tin và lời khuyên y tế 24 giờ một ngày, mỗi ngày trong năm. Gọi tới Đường Dây Tư Vấn Y Tá miễn phí theo số 1.888.433.1876 (TTY: 711) để: • Trao đổi với một y tá để được giải đáp mọi thắc mắc về y tế, nhận lời khuyên chăm sóc và giúp bạn quyết định có nên thăm khám với nhà cung cấp ngay không • Nhận hỗ trợ liên quan đến các bệnh trạng như bệnh tiểu đường hoặc bệnh suyễn, bao gồm cả lời khuyên về loại nhà cung cấp nào có thể phù hợp với bệnh trạng của bạn Đường dây Y tá Tư vấn không thể hỗ trợ đặt lịch hẹn thăm khám tại phòng khám hoặc mua thêm thuốc. Hãy gọi cho văn phòng nhà cung cấp nếu bạn cần hỗ trợ các dịch vụ này. Đường Dây Tư Vấn Y Tá có các dịch vụ ngôn ngữ nếu cần. **Các Chương Trình Đào Tạo Về Sức Khỏe và Sống Khỏe:** Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình giúp bạn giữ gìn sức khỏe. Những chương trình này bao gồm: • Tài liệu hướng dẫn và tờ cung cấp lời khuyên và thông tin giáo dục sức khỏe dạng văn bản • Huấn luyện nâng cao sức khỏe về các chủ đề như: bệnh suyễn, bệnh tiểu đường, bệnh tim và nhiều chủ đề khác • Các lớp học và chương trình hỗ trợ lối sống lành mạnh, như ăn uống lành mạnh, vận động và cách cai thuốc lá • Vòng tay hoặc vòng cổ định danh y tế dành cho các tình trạng sau: bệnh suyễn, bệnh tiểu đường Để nhận thông tin về các chương trình chúng tôi cung cấp và yêu cầu vòng tay hoặc vòng cổ định danh y tế, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1.510.747.4577. Người dùng TTY có thể gọi tới số 1.800.735.2929.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Các dịch vụ thính giác Chúng tôi chi trả cho các bài kiểm tra thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp của bạn thực hiện. Những xét nghiệm này cho bạn biết liệu bạn có cần điều trị y tế hay không. Những xét nghiệm đó được đài thọ như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi bạn được bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác thực hiện những xét nghiệm đó. Chúng tôi cũng chi trả cho các dịch vụ sau: • Khám thính giác định kỳ: 1 lần mỗi năm • Trợ cấp cho máy trợ thính: trợ cấp máy trợ thính lên đến $775 (mỗi tai) cho tối đa hai máy trợ thính mỗi năm. Khoản trợ cấp này không thể chuyển từ năm này sang năm khác. Bạn chịu trách nhiệm chi trả cho bất kỳ số tiền nào vượt quá giới hạn này. • Lắp/đánh giá máy trợ thính: 1 lần mỗi năm • Các hội viên phải liên hệ với Nations Hearing theo số 1.877.408.7542 (TTY: 711) để lên lịch hẹn với nhà cung cấp đã ký hợp đồng. Đội ngũ Cố vấn Hỗ trợ Hội viên sẵn sàng hỗ trợ từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối, giờ địa phương, 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày lễ. Chúng tôi cũng thanh toán cho máy trợ thính khi được bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác kê đơn, bao gồm: • 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 bạn nhận được dụng cụ trợ thính • thời gian dùng thử khi cho thuê máy trợ thính • thiết bị hỗ trợ nghe, thiết bị trợ thính dẫn truyền qua xương đeo trên bề mặt • dịch vụ thính học liên quan đến dụng cụ trợ thính và dịch vụ đánh giá sau khi sử dụng Hãy nói chuyện với nhà cung cấp để nhận giấy giới thiệu.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải 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 bạn 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 bạn đề nghị.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ chăm sóc do cơ quan cung cấp dịch vụ y tế tại nhà cung cấp* Trước khi bạn có thể nhận được các dịch vụ y tế tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết bạn cần những dịch vụ đó và chúng phải được cung cấp bởi một cơ quan cung cấp dịch vụ y tế tại nhà. Bạn phải bị liệt giường liệt chiếu ở luôn trong nhà, nghĩa là việc ra khỏi nhà là một nỗ lực lớn. Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và có thể bao gồm các dịch vụ khác chưa được liệt kê ở đây: • dịch vụ hộ lý chăm sóc tại nhà và điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc theo đợt (để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng thời lượng dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và hộ lý chăm sóc tại nhà của bạn phải ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ • dịch vụ y tế và xã hội • thiết bị và vật tư y khoa Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Liệu pháp truyền dịch tại nhà* Chương trình của chúng tôi thanh toán cho liệu pháp truyền dịch tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc chất sinh học được tiêm vào tĩnh mạch hoặc bôi dưới da và cung cấp cho bạn tại nhà. Cần có những vật tư thiết bị 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, như ống hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ truyền dịch tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn ở: • các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với chương trình chăm sóc của bạn; • đào tạo và giáo dục hội viên chưa được đưa vào quyền lợi DME; • giám sát từ xa; **và** • các dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp để nhận giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc cuối đời Bạn có quyền chọn chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp và giám đốc y khoa của chương trình chăm sóc cuối đời xác định rằng bạn có tiên lượng cuối đời. Điều này có nghĩa là bạn mắc bệnh nan y và được dự đoán chỉ còn sống từ sáu tháng trở xuống. Bạn 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 bạn 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 bạn có thể thuộc mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau • dịch vụ chăm sóc thay thế để nghỉ ngơi ngắn hạn • chăm sóc tại nhà **Đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của bạn được tính hóa đơn cho Medicare:** • Original Medicare (thay vì là chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của bạn đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ dịch vụ Phần A hoặc B nào liên quan đến bệnh nan y của bạn. Trong lúc bạn tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của bạn sẽ gửi hóa đơn tính tiền tới Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare đài thọ. **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 cho 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 những dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của bạn hay không. Bạn không phải trả chi phí nào cho những dịch vụ này. **Đối với thuốc có thể được đài thọ theo quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi:** • Thuốc sẽ không bao giờ được đài thọ đồng thời bởi cả nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Cẩm nang Hội viên* này. **Lưu ý:** Nếu bạn mắc bệnh nghiêm trọng, bạn có thể đủ điều kiện được chăm sóc giảm nhẹ, một hình thức chăm sóc phối hợp theo nhóm, tập trung vào bệnh nhân và gia đình, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bạn. Bạn có thể nhận chăm sóc giảm nhẹ	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	đồng thời với chăm sóc/điều trị thông thường. Vui lòng xem thêm mục Chăm Sóc Giảm Nhẹ bên dưới để biết thêm thông tin. **Lưu ý:** Nếu bạn cần dịch vụ không thuộc chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc và/hoặc dịch vụ hội viên để được sắp xếp. Dịch vụ không thuộc chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến tiên lượng cuối đời của bạn. 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: • tiêm vắc-xin 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 • tiêm vắc-xin viêm gan B nếu bạn có nguy cơ mắc viêm gan B ở mức cao hoặc trung bình • tiêm vắc-xin COVID-19 • tiêm vắc-xin vi-rút gây u nhú ở người (HPV) • tiêm các vắc-xin khác nếu bạn có nguy cơ và các vắc-xin này đáp ứng được các quy tắc đài thọ của Medicare Phần B. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc đài thọ của Medicare Phần D. Vui lòng tham khảo **Chương 6** của Cẩm nang Hội viên này để tìm hiểu thêm.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện* Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác chưa được liệt kê ở đây: • phòng đôi (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng thông thường • chi phí cho các phòng chăm sóc đặc biệt, như phòng chăm sóc tích cực hoặc phòng chăm sóc tim mạch tích cực • thuốc và các loại dược phẩm • xét nghiệm trong phòng nghiệm • chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác • các vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0 Bạn phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận thì mới được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của bạn đã ổn định.

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện* (tiếp theo) • trang thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • các dịch vụ phòng phẫu thuật và phục hồi • liệu pháp vật lý, vận động và âm ngữ • dịch vụ cai nghiện nội trú • trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Đối với một số ca Cấy Ghép Nội Tạng Lớn yêu cầu phải Nhập Viện, bạn có thể được chuyển đến "Trung Tâm Xuất Sắc" về cấy ghép cơ quan đó. Nếu bạn cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ xem xét trường hợp của bạn và quyết định xem bạn có đủ điều kiện để cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực phục vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Medicare thì bạn có thể nhận được các dịch vụ cấy ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của bạn. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy ghép ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và bạn chọn thực hiện cấy ghép ở đó, chúng tôi sẽ thu xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và đi lại cho bạn và một người khác. • máu, bao gồm cả dịch vụ lưu trữ và truyền máu • dịch vụ của bác sĩ **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ phải viết yêu cầu nhận bạn chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được xem là “bệnh nhân ngoại trú”. Nếu không chắc mình là bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú, bạn nên hỏi nhân viên bệnh viện. Biết thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên *Quyền Lợi Bệnh Viện Medicare*. Tờ thông tin này có sẵn tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 Bạn phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận thì mới được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của bạn đã ổn định.

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần có yêu cầu nằm viện. • Nếu bạn cần các dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi sẽ thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của quận địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Sự cho phép chăm sóc sau 190 ngày đó sẽ được phối hợp với cơ quan sức khỏe tâm thần của quận địa phương. ○ Giới hạn 190 ngày này **không** áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. • Nếu bạn từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ mà bạn nhận được tại Viện Bệnh Tâm thần (Institute for Mental Diseases, IMD). **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	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 thanh toán chi phí nằm viện của bạn nếu bạn đã sử dụng hết quyền lợi nội trú hoặc nếu việc nằm viện không hợp lý và/hoặc không cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định mà dịch vụ chăm sóc nội trú không được đài thọ, chúng tôi có thể sẽ thanh toán cho các dịch vụ mà bạn sử dụng khi đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên. Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và có thể bao gồm các dịch vụ khác chưa được liệt kê ở đây: • dịch vụ của bác sĩ • các xét nghiệm chẩn đoán, chẳng hạn như xét nghiệm trong phòng nghiệm • chụp X-quang, xạ trị bằng radium và đồng vị phóng xạ, bao gồm cả vật tư và dịch vụ của kỹ thuật viên • băng gạc phẫu thuật **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	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 (tiếp theo) • nẹp, bó bột và các dụng cụ khác dùng điều trị gãy xương hoặc trật khớp • các bộ phận lắp giả và dụng cụ chỉnh hình, trừ khí cụ nha khoa, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó. Đây là những thiết bị thay thế toàn bộ hoặc một phần: o một cơ quan nội tạng (bao gồm cả mô lân cận), **hoặc** o chức năng của một cơ quan nội tạng ngừng hoạt động hoặc rối loạn • nẹp chân, tay, lưng, cổ, đai hỗ trợ,chân, tay, mắt giả. Bao gồm việc điều chỉnh, sửa chữa và thay thế do hỏng hóc, hao mòn, mất mát, hoặc thay đổi tình trạng sức khỏe • vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu cơ năng **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0
	Dịch vụ tại cơ sở chăm sóc trung gian* Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc tại nhà ở có cung cấp dịch vụ lưu trú 24/24. Các loại cơ sở chăm sóc trung gian hoặc nhà ở bao gồm: • Cơ sở chăm sóc trung gian/cơ sở chăm sóc cho người khuyết tật phát triển (Intermediate care facility/developmentally disabled, ICF/DD) • Cơ sở chăm sóc trung gian/cơ sở hỗ trợ phục hồi chức năng cho người khuyết tật phát triển (Intermediate care facility/developmentally disabled-habilitative, ICF/DD-H) • Cơ sở chăm sóc trung gian/điều dưỡng cho người khuyết tật phát triển (Intermediate care facility/developmentally disabled-nursing, ICF/DD-N) **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ và vật tư điều trị bệnh thận* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • Dịch vụ giáo dục về bệnh thận nhằm hướng dẫn chăm sóc thận và giúp bạn đưa ra quyết định đúng đắn về việc chăm sóc. bạn phải đang trong giai đoạn IV của bệnh thận mạn tính và cần có giấy giới thiệu từ bác sĩ. Chúng tôi đài thọ tối đa 6 buổi cho dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị lọc máu ngoại trú, bao gồm cả trường hợp điều trị lọc máu khi tạm thời ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ (như giải thích tại **Chương 3** của *Cẩm nang Hội viên* này), hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này cho bạn tạm thời không hoạt động hoặc không thể tiếp cận. • Điều trị lọc máu nội trú nếu bạn được nhập viện nội trú để chăm sóc đặc biệt. • Đào tạo tự lọc máu, bao gồm đào tạo cho bạn và người hỗ trợ bạn trong quá trình điều trị lọc máu tại nhà • Trang thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như các mời nhân viên lọc máu được đào tạo đến thăm khám để kiểm tra quá trình lọc máu tại nhà trong trường hợp cần thiết, hỗ trợ trong trường hợp khẩn cấp và kiểm tra thiết bị lọc máu cũng như nguồn nước của bạn. Medicare Phần B chi trả cho một số loại thuốc dùng để điều trị lọc máu. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo mục “Thuốc thuộc Medicare Phần B” trong bảng này. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Chương trình của chúng tôi chi trả cho dịch vụ tầm soát ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu bạn: • từ 50 đến 77 tuổi, **và** • có buổi tư vấn và cùng bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện đưa ra quyết định, **và** • đã từng hút ít nhất 1 gói thuốc/ngày trong 20 năm, hiện tại vẫn hút hoặc đã bỏ hút trong vòng 15 năm trở lại, và hiện không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau.**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (Low Dose Computed Tomography, LDCT) (tiếp tục) Sau lần tầm soát đầu tiên, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho một lần tầm soát mỗi năm khi có văn bản yêu cầu từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện. Nếu nhà cung cấp dịch vụ quyết định thực hiện buổi tư vấn về tầm soát ung thư phổi và cùng bệnh nhân đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi, buổi tư vấn đó phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho loại hình thăm khám này.	
🍎	**Liệu pháp dinh dưỡng y khoa** Quyền lợi này áp dụng cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận nhưng chưa lọc máu. Ngoài ra, còn áp dụng cho người đã ghép thận khi được giới thiệu **hoặc** có chỉ định từ bác sĩ. Chúng tôi sẽ chi trả 3 giờ cho dịch vụ tư vấn cá nhân trong năm đầu tiên bạn được hưởng dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y khoa theo Medicare. Chúng tôi có thể chấp thuận thêm dịch vụ nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ chi trả 2 giờ cho dịch vụ tư vấn cá nhân mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng bệnh, phương pháp điều trị hoặc chẩn đoán của bạn thay đổi, bạn có thể được hưởng thêm số giờ điều trị khi được giới thiệu **hoặc** có chỉ định từ bác sĩ. Bác sĩ phải kê đơn các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu **hoặc** chỉ định mỗi năm nếu bạn cần tiếp tục điều trị trong năm tiếp theo. Chúng tôi có thể chấp thuận thêm dịch vụ nếu cần thiết về mặt y tế.	$0

	Chương trình Phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả dịch vụ MDPP cho những người đủ điều kiện. MDPP được thiết kế nhằm giúp bạn hình thành thói quen sống lành mạnh hơn. Dịch vụ này cung cấp đào tạo thực tiễn về: • thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, **và** • tăng cường hoạt động thể chất, **và** • duy trì việc giảm cân cũng như lối sống khỏe mạnh.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Thuốc thuộc Medicare Phần B* Các loại thuốc này được đài thọ theo Medicare Phần B. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các loại thuốc sau: • thuốc mà bạn thường không tự dùng, được tiêm hoặc truyền khi bạn sử dụng dịch vụ tại bác sĩ, bệnh viện ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú • insulin được tiêm thông qua thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • các thuốc khác bạn tiêm truyền thông qua thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy khí dung), vốn đã được chương trình của chúng tôi phê duyệt • thuốc điều trị Alzheimer Leqembi® (tên thuốc gốc lecanemab), được truyền tĩnh mạch (intravenous, IV) • các yếu tố đông máu mà bạn tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông • thuốc ghép tạng/ức chế miễn dịch: Medicare sẽ đài thọ cho liệu pháp thuốc ghép tạng nếu Medicare đã chi trả cho ca ghép tạng của bạn. bạn phải có Phần A tại thời điểm ca ghép tạng được đài thọ, và phải có Phần B tại thời điểm nhận thuốc ức chế miễn dịch. Medicare Phần D sẽ đài thọ cho thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bảo hiểm. • thuốc tiêm điều trị loãng xương. Chúng tôi sẽ chi trả cho các thuốc này nếu bạn bị giới hạn khả năng đi lại, chủ yếu phải ở trong nhà, bị gãy xương được bác sĩ xác nhận là do loãng xương hậu mãn kinh gây ra, và bạn không thể tự tiêm thuốc. • một số kháng nguyên: Medicare đài thọ cho kháng nguyên nếu được bác sĩ chuẩn bị và do một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là chính bạn – bệnh nhân) tiêm dưới sự giám sát phù hợp. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Thuốc thuộc Medicare Phần B* (tiếp theo) • một số loại thuốc uống điều trị ung thư: Medicare sẽ đài thọ cho một số thuốc uống điều trị ung thư mà bạn dùng đường uống nếu cùng loại thuốc đó có dạng tiêm, hoặc nếu thuốc đó là tiền dược (dạng thuốc uống mà khi vào cơ thể sẽ chuyển hóa thành hoạt chất giống như trong thuốc tiêm). Khi có thêm thuốc uống điều trị ung thư mới, Phần B có thể đài thọ cho những loại thuốc đó. Nếu Phần B không đài thọ thì Phần D sẽ đài thọ. • thuốc uống chống buồn nôn: Medicare sẽ đài thọ cho thuốc uống chống buồn nôn mà bạn dùng trong phác đồ hóa trị ung thư nếu thuốc được sử dụng trước, trong, hoặc trong vòng 48 giờ sau hóa trị, hoặc được dùng làm liệu pháp thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn dạng truyền tĩnh mạch. • một số thuốc uống điều trị bệnh thận giai đoạn cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) được bảo hiểm theo Medicare Phần B. • các thuốc nhóm calcimimetic và thuốc kết dính phosphat trong hệ thống chi trả ESRD, bao gồm thuốc truyền tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar. • một số thuốc dùng cho lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin (khi cần thiết về mặt y tế) và thuốc gây tê tại chỗ. • các tác nhân kích thích tạo hồng cầu: Medicare sẽ đài thọ cho erythropoietin dạng tiêm nếu bạn mắc ESRD hoặc cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số bệnh khác (ví dụ: Epoetin Alfa) • globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà cho bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát • liệu pháp dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường ống (IV và nuôi ăn qua ống) **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ	Số tiền bạn phải trả
Thuốc thuộc Medicare Phần B* (tiếp theo) Chúng tôi cũng đài thọ cho một số loại vắc-xin theo Medicare Phần B và hầu hết các vắc-xin cho người lớn theo quyền lợi thuốc của Medicare Phần D. **Chương 5** của *Cẩm nang Hội viên* này giải thích quyền lợi thuốc của chúng tôi. Trong đó bao gồm các quy định mà bạn phải tuân theo để được đài thọ cho đơn thuốc. **Chương 6** của *Cẩm nang Hội viên* này giải thích số tiền bạn phải trả cho thuốc theo chương trình của chúng tôi. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	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 chăm sóc tại nhà nhưng cũng không cần phải nằm viện. Các dịch vụ mà chúng tôi chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • phòng đôi (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ • trị liệu hô hấp • thuốc được cấp cho bạn theo kế hoạch điều trị. (Bao gồm cả những chất vốn có trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu) • máu, bao gồm cả dịch vụ lưu trữ và truyền máu • vật tư y tế và phẫu thuật thông thường tại cơ sở điều dưỡng • xét nghiệm trong phòng nghiệm thông thường tại cơ sở điều dưỡng • chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh thông thường khác tại cơ sở điều dưỡng • sử dụng các thiết bị hỗ trợ, chẳng hạn như xe lăn, thường được trang bị sẵn tại cơ sở điều dưỡng • dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế • thiết bị y tế lâu bền • dịch vụ nha khoa, bao gồm cả răng giả • quyền lợi nhãn khoa • khám thính lực • chăm sóc nắn khớp xương • dịch vụ chuyên khoa chân **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng* (tiếp theo) Thông thường, bạn sẽ được chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, bạn cũng có thể được chăm sóc tại cơ sở ngoài mạng lưới của chúng tôi. Bạn có thể nhận chăm sóc tại những nơi sau, nếu họ chấp nhận mức chi trả theo chương trình của chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục mà bạn đang ở ngay trước khi nhập viện (miễn là cơ sở đó có cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng). • cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn đang ở tại thời điểm bạn xuất viện. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0
🍎	**Tầm soát béo phì và trị liệu kiểm soát cân nặng** Nếu bạn có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ chi trả dịch vụ tư vấn để giúp bạn giảm cân. Bạn phải nhận dịch vụ tư vấn này tại cơ sở chăm sóc chính. Việc này nhằm giúp quá trình kiểm soát cân nặng của bạn được quản lý chung với toàn bộ kế hoạch phòng ngừa. Hãy trao đổi với nhà cung cấp chăm sóc chính của bạn để biết thêm chi tiết.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ chương trình điều trị nghiện opioid (Opioid Treatment Program, OTP)* Chương trình của chúng tôi chi trả các dịch vụ sau để điều trị rối loạn lạm dụng opioid (Opioid Use Disorder, OUD) thông qua OTP, bao gồm: • các hoạt động tiếp nhận • đánh giá định kỳ • các loại thuốc được FDA phê duyệt và cả việc quản lý cũng như cung cấp thuốc cho bạn (nếu cần) • tư vấn điều trị lạm dụng chất gây nghiện • trị liệu cá nhân và theo nhóm • xét nghiệm phát hiện ma túy hoặc hóa chất trong cơ thể bạn (xét nghiệm độc chất) **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Các xét nghiệm chẩn đoán và dịch vụ, vật tư điều trị ngoại trú* Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác chưa được liệt kê ở đây: • Chụp X-quang • xạ trị (radium và đồng vị phóng xạ), bao gồm vật tư và trang thiết bị của kỹ thuật viên • vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • nẹp, bó bột và các dụng cụ khác dùng điều trị gãy xương hoặc trật khớp • xét nghiệm trong phòng nghiệm • máu, bao gồm cả dịch vụ lưu trữ và truyền máu • các xét nghiệm chẩn đoán ngoài phòng thí nghiệm như chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT), chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI), điện tâm đồ (Electrocardiogram, EKG) và chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography, PET) khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe chỉ định để điều trị tình trạng y tế • các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Có thể cần có cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Theo dõi tại bệnh viện ngoại trú Chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ theo dõi tại bệnh viện ngoại trú để xác định xem bạn cần nhập viện điều trị nội trú hay có thể xuất viện. Các dịch vụ này phải đáp ứng tiêu chí của Medicare và được xem là hợp lý, cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được đài thọ trong trường hợp có chỉ định từ bác sĩ hoặc người được pháp luật tiểu bang và quy định của bệnh viện cho phép tiếp nhận bệnh nhân hoặc chỉ định xét nghiệm ngoại trú. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Theo dõi tại bệnh viện ngoại trú (tiếp theo) **Lưu ý:** Trừ khi bác sĩ viết văn bản chỉ định cho bạn nhập viện điều trị nội trú, nếu không, bạn sẽ vẫn được xem là bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được xem là bệnh nhân ngoại trú. Nếu bạn không chắc mình là bệnh nhân ngoại trú hay nội trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo tờ thông tin của Medicare *Quyền lợi bệnh viện của Medicare.* Truy cập tờ thông tin này tại đường dẫn Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ ngoại trú của bệnh viện* Chúng tôi sẽ chi trả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà bạn nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật, chấn thương, chẳng hạn như: • Dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, ví dụ như phẫu thuật ngoại trú hoặc dịch vụ theo dõi ○ Dịch vụ theo dõi giúp bác sĩ biết bạn có cần nhập viện điều trị "nội trú" hay không. ○ Đôi khi bạn có thể ở lại bệnh viện qua đêm nhưng vẫn được xem là bệnh nhân "ngoại trú". ○ Bạn có thể tham khảo thêm thông tin về việc được xem là nội trú hay ngoại trú trong tờ thông tin này: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Xét nghiệm trong phòng nghiệm và các xét nghiệm chẩn đoán được bệnh viện tính phí • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình bán trú, trong trường hợp bác sĩ xác nhận rằng nếu không có chương trình này thì bạn sẽ cần điều trị nội trú • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác được bệnh viện tính phí • Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp và bó bột **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ ngoại trú của bệnh viện* (tiếp theo) • Các dịch vụ và xét nghiệm tầm soát phòng ngừa được liệt kê trong Bảng Quyền lợi • Một số loại thuốc mà bạn không thể tự sử dụng Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú* Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: • bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề do tiểu bang cấp • nhà tâm lý lâm sàng • nhân viên xã hội lâm sàng • chuyên viên điều dưỡng lâm sàng • cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (Licensed Professional Counselor, LPC) • nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • điều dưỡng điều trị (Nurse Practitioner, NP) • phụ tá bác sĩ (Physician Assistant, PA) • bất kỳ chuyên gia sức khỏe tâm thần nào khác được Medicare công nhận và luật tiểu bang hiện hành cho phép Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và có thể bao gồm các dịch vụ khác chưa được liệt kê ở đây: • dịch vụ tại phòng khám • điều trị ban ngày • dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội • chương trình bán trú hoặc chương trình ngoại trú chuyên sâu • đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần cá nhân và theo nhóm • kiểm tra tâm lý khi có chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú* (tiếp theo) • dịch vụ ngoại trú nhằm mục đích theo dõi liệu pháp dùng thuốc • xét nghiệm trong phòng nghiệm, thuốc, vật tư và thực phẩm bổ sung ngoại trú • tư vấn bệnh tâm thần **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú* Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ. Bạn có thể nhận dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú tại khoa ngoại trú bệnh viện, phòng khám của chuyên gia trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) và các cơ sở khác. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0
	Dịch vụ điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và có thể bao gồm các dịch vụ khác chưa được liệt kê ở đây • kiểm tra sàng lọc và tư vấn về tình trạng lạm dụng bia rượu • điều trị lạm dụng ma túy • tư vấn cá nhân hoặc nhóm với chuyên viên lâm sàng đủ điều kiện • dịch vụ điều trị rượu bia và/hoặc ma túy tại trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu hoặc chương trình bán trú • điều trị bằng Naltrexone phóng thích kéo dài (vivitrol)	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Phẫu thuật ngoại trú* Chúng tôi sẽ chi trả cho phẫu thuật ngoại trú và các dịch vụ tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú. **Lưu ý:** Nếu bạn phẫu thuật tại cơ sở của bệnh viện, bạn nên hỏi bác sĩ xem bạn sẽ được coi là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi bác sĩ viết văn bản chỉ định cho bạn nhập viện điều trị nội trú, nếu không, bạn sẽ vẫn được xem là bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được xem là bệnh nhân ngoại trú. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Các sản phẩm không kê đơn (Over the Counter, OTC) Chúng tôi sẽ trợ cấp $50 mỗi tháng để mua các sản phẩm thuốc OTC. Bạn có thể dùng quyền lợi này để mua các sản phẩm không kê đơn như thuốc ho, thuốc cảm lạnh, vitamin, thuốc giảm đau, băng gạc và các sản phẩm đủ điều kiện khác. Quyền lợi này bắt đầu có hiệu lực vào ngày đầu tiên của mỗi tháng. Số dư chưa sử dụng sẽ không được cộng dồn sang tháng sau. Có thể có giới hạn đối với loại và số lượng sản phẩm OTC được đài thọ. Bạn sẽ được gửi một thẻ ghi nợ trả trước kèm theo hướng dẫn kích hoạt qua bưu điện. Bạn có thể dùng thẻ ghi nợ để mua các sản phẩm OTC từ danh mục tại các nhà thuốc và cửa hàng bán lẻ tham gia chương trình, hoặc mua trực tuyến hay qua điện thoại. • Mua trực tiếp tại cửa hàng: Bạn có thể mua nhiều sản phẩm được phê duyệt tại CVS, Safeway, Walgreens, Walmart và nhiều nơi khác. Hãy truy cập www.alliancewellness.nationsbenefits.com để tìm cửa hàng tham gia chương trình gần bạn. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau.**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Các sản phẩm không kê đơn (Over the Counter, OTC) (tiếp theo) • Mua trực tuyến: Truy cập www.alliancewellness.nationsbenefits.com để xem nhiều sản phẩm được phê duyệt. Nếu đây là lần đầu bạn đặt hàng trực tuyến, bạn cần tạo tài khoản bằng cách đăng ký trên cổng Benefits Pro Portal hoặc ứng dụng Benefits Pro. Nếu bạn đã có tài khoản, chỉ cần đăng nhập, chọn sản phẩm và nhấn "Checkout" ("Thanh toán") để thanh toán. • Mua qua điện thoại: Truy cập www.alliancewellness.nationsbenefits.com để tìm sản phẩm bạn muốn đặt. Để đặt hàng qua điện thoại, vui lòng gọi 1.877.408.7542 (TTY: 711). Đội ngũ Cố vấn Hỗ trợ Hội viên sẵn sàng hỗ trợ từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối, giờ địa phương, 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày lễ. Ngoài ra, bạn cũng có quyền lợi OTC theo Medi-Cal. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) để biết thêm thông tin. Bạn cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx qua số 1.800.977.2273.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc giảm nhẹ* Chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ. Chăm sóc giảm nhẹ là dịch vụ dành cho những người mắc bệnh nghiêm trọng. Dịch vụ này cung cấp sự chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống thông qua việc dự phòng, ngăn chặn và điều trị đau đớn. Chăm sóc giảm nhẹ **khác** với chăm sóc cuối đời, do đó bạn không cần phải có tiên lượng sống dưới 6 tháng mới đủ điều kiện. Chăm sóc giảm nhẹ được cung cấp song song với chăm sóc/điều trị thông thường. Các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ bao gồm: • lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe nâng cao • đánh giá và tư vấn chăm sóc giảm nhẹ • xây dựng kế hoạch chăm sóc bao gồm tất cả dịch vụ giảm nhẹ và điều trị đã được phê duyệt, bao gồm cả dịch vụ y tế tâm thần và xã hội • dịch vụ từ đội ngũ chăm sóc được chỉ định cho bạn	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc giảm nhẹ* (tiếp theo) • điều phối chăm sóc • kiểm soát cơn đau và triệu chứng Nếu bạn trên 21 tuổi, bạn không thể nhận đồng thời dịch vụ chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ. Nếu bạn đang được chăm sóc giảm nhẹ và đủ điều kiện nhận chăm sóc cuối đời, bạn có thể yêu cầu chuyển sang chăm sóc cuối đời bất kỳ lúc nào. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0
	Dịch vụ bán trú và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu* Bán trú là chương trình điều trị tâm thần tích cực có tổ chức. Đây là dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc được cung cấp bởi trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, với mức độ điều trị chuyên sâu hơn so với việc bạn đến khám tại phòng khám của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Hình thức này có thể giúp bạn tránh phải nhập viện điều trị nội trú. *Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là chương trình điều trị hành vi (tâm thần) tích cực có tổ chức. Đây là dịch vụ ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế được liên bang công nhận hoặc phòng khám y tế nông thôn, với mức độ điều trị chuyên sâu hơn so với việc khám tại phòng của bác sĩ, nhà trị liệu,* LMFT *hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép, nhưng ít chuyên sâu hơn so với chương trình bán trú.* **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm 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 tại các địa điểm như: • phòng khám bác sĩ • trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận • khoa ngoại trú của bệnh viện • tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa • khám thính lực cơ bản và kiểm tra thăng bằng do nhà cung cấp chăm sóc chính **hoặc** bác sĩ chuyên khoa thực hiện, nếu bác sĩ chỉ định để xác nhận xem bạn có cần điều trị hay không • một số dịch vụ y tế từ xa, bao gồm dịch vụ của bác sĩ và chuyên viên y tế để điều trị các tình trạng không khẩn cấp thuộc các lĩnh vực Y đa khoa, Da liễu và Sức khỏe tâm thần ○ Bạn có thể chọn nhận các dịch vụ này qua điện thoại hoặc video. Nếu chọn nhận một trong các dịch vụ này qua hình thức thăm khám y tế từ xa, bạn phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp hình thức này. ○ Teladoc cung cấp dịch vụ tư vấn với bác sĩ qua điện thoại hoặc video ngay tại nhà, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Bạn có thể trao đổi với bác sĩ bằng cách gọi 1.800.TELADOC (1.800.835.2362) hoặc đặt lịch trò chuyện video trên ứng dụng Teladoc để điều trị các vấn đề y tế không khẩn cấp. • dịch vụ y tế từ xa cho các buổi khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) dành cho bệnh nhân lọc máu tại nhà, thực hiện tại trung tâm lọc máu thuộc bệnh viện, trung tâm lọc máu của bệnh viện tiếp cận đặc biệt, cơ sở lọc máu hoặc tại nhà • dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	• dịch vụ y tế từ xa dành cho hội viên mắc chứng rối loạn lạm dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đi kèm **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm khám tại phòng khám bác sĩ* (tiếp theo) • dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: o bạn có một buổi thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám từ xa đầu tiên o bạn có một buổi thăm khám trực tiếp ít nhất 12 tháng/lần trong khi đang nhận dịch vụ y tế từ xa o có thể cho phép ngoại lệ đối với các trường hợp đặc biệt • dịch vụ y tế từ xa cho các buổi khám sức khỏe tâm thần do phòng khám y tế nông thôn và các trung tâm y tế đủ điều kiện liên bang cung cấp. • các buổi trao đổi ngắn trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc video chat) với bác sĩ trong 5-10 phút **nếu:** o bạn không phải là bệnh nhân mới, **và** o buổi trao đổi ngắn không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong vòng 7 ngày qua, **và** o buổi trao đổi ngắn không tiếp nối bằng một lần khám trực tiếp tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc lịch hẹn sớm nhất có thể • Đánh giá video và/hoặc hình ảnh bạn gửi cho bác sĩ, cùng với việc bác sĩ giải thích kết quả và phản hồi trong vòng 24 giờ **nếu**: o bạn không phải là bệnh nhân mới, và o việc đánh giá không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong vòng 7 ngày qua, **và** o việc đánh giá không tiếp nối bằng một lần khám trực tiếp tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc lịch hẹn sớm nhất có thể • Tư vấn chuyên môn giữa bác sĩ của bạn với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử, nếu bạn không phải là bệnh nhân mới	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	• Ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp trong mạng lưới trước khi phẫu thuật Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ chuyên khoa chân* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • chẩn đoán và điều trị y khoa hoặc phẫu thuật các chấn thương và bệnh lý ở bàn chân (chẳng hạn như ngón chân hình búa hoặc gai gót chân) • chăm sóc bàn chân định kỳ cho hội viên mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường • điều trị mắt cá chân và gân, dây chằng nối với bàn chân • điều trị không phẫu thuật cho các cơ và gân chân kiểm soát chức năng của bàn chân Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dự phòng trước phơi nhiễm (Pre-exposure Prophylaxis, PrEP) để phòng ngừa vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus, HIV) Nếu bạn chưa nhiễm HIV nhưng bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe xác định rằng bạn có nguy cơ cao, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu bạn đủ điều kiện, các dịch vụ được đài thọ sẽ bao gồm: • thuốc PrEP đường uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt. Nếu bạn dùng thuốc tiêm, chúng tôi cũng đài thọ cho phí tiêm thuốc. • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm thiểu nguy cơ HIV và tuân thủ điều trị bằng thuốc) mỗi 12 tháng. • Tối đa 8 lần xét nghiệm HIV mỗi 12 tháng. • Một lần tầm soát viêm gan B.	$0
	Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau mỗi 12 tháng một lần: • khám trực tràng bằng tay • xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Bộ phận lắp giả, thiết bị chỉnh hình và các vật tư liên quan* Bộ phận lắp giả thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ thể hoặc chức năng của cơ thể. Bao gồm nhưng không giới hạn ở: • kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo sử dụng bộ phận lắp giả và thiết bị chỉnh hình • túi hậu môn nhân tạo và vật tư chăm sóc hậu môn nhân tạo • dịch vụ dinh dưỡng qua đường ruột và đường tĩnh mạch, bao gồm bộ dụng cụ cho ăn, bơm truyền, ống và đầu nối, dung dịch và vật tư cho việc tự tiêm truyền • máy tạo nhịp tim • nẹp • giày chỉnh hình • tay và chân giả • ngực giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú) • bộ phận lắp giả thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận bên ngoài trên khuôn mặt đã bị cắt bỏ hoặc tổn thương do bệnh lý, chấn thương hoặc dị tật bẩm sinh • kem bôi và tã dùng trong điều trị chứng tiểu không tự chủ Chúng tôi sẽ chi trả cho một số vật tư liên quan đến bộ phận lắp giả và thiết bị chỉnh hình. Chúng tôi cũng sẽ chi trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế bộ phận lắp giả và thiết bị chỉnh hình. Chúng tôi có cung cấp một số quyền lợi bảo hiểm sau phẫu thuật loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật thủy tinh thể. Tham khảo mục “Chăm sóc nhãn khoa” ở phần sau của bảng này để biết thêm chi tiết. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ phục hồi chức năng phổi* Chúng tôi sẽ chi trả cho các chương trình phục hồi chức năng phổi dành cho hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ở mức độ trung bình đến rất nặng. Bạn phải có giấy giới thiệu phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế đang điều trị COPD cho bạn. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0
🍎	**Tầm soát Vi-rút viêm gan C** Chúng tôi sẽ đài thọ cho một lần tầm soát Viêm gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện chỉ định, và bạn đáp ứng một trong các điều kiện sau: • Bạn có nguy cơ cao vì đang hoặc đã từng tiêm ma túy bất hợp pháp. • Bạn từng truyền máu trước năm 1992. • Bạn sinh trong giai đoạn 1945-1965. Nếu bạn sinh trong giai đoạn 1945-1965 nhưng không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi sẽ chi trả cho một lần tầm soát. Nếu bạn có nguy cơ cao (ví dụ: tiếp tục tiêm ma túy bất hợp pháp sau khi đã có kết quả xét nghiệm tầm soát Viêm gan C âm tính trước đó), chúng tôi sẽ đài thọ cho xét nghiệm tầm soát hằng năm.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Tầm soát và tư vấn về bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) Chúng tôi sẽ chi trả cho các xét nghiệm tầm soát bệnh chlamydia, lậu, giang mai và viêm gan B. Các xét nghiệm tầm soát này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao mắc STI. Nhà cung cấp chăm sóc chính phải chỉ định xét nghiệm. Chúng tôi sẽ đài thọ cho các xét nghiệm này mỗi 12 tháng một lần hoặc vào một số thời điểm nhất định trong thai kỳ. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Tầm soát và tư vấn về bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) (tiếp theo) Chúng tôi cũng sẽ chi trả cho tối đa hai buổi tư vấn hành vi chuyên sâu, trực tiếp mỗi năm dành cho người trưởng thành vẫn duy trì đời sống tình dục và có nguy cơ cao mắc STI. Mỗi buổi có thể kéo dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi chỉ chi trả cho các buổi tư vấn này dưới hình thức dịch vụ phòng ngừa nếu do nhà cung cấp chăm sóc chính thực hiện. Các buổi tư vấn phải diễn ra tại cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng khám của bác sĩ.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF)* Định nghĩa về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được trình bày tại **Chương 12.** Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau và có thể bao gồm các dịch vụ khác chưa được liệt kê ở đây: • phòng đôi, hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng chuyên môn • vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ • thuốc bạn nhận trong kế hoạch chăm sóc, bao gồm cả các chất vốn có trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu • máu, bao gồm cả dịch vụ lưu trữ và truyền máu • vật tư y tế và phẫu thuật được cung cấp tại SNF • xét nghiệm trong phòng nghiệm tại SNF • chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác tại cơ sở điều dưỡng • thiết bị hỗ trợ, chẳng hạn như xe lăn, thường được trang bị sẵn tại cơ sở điều dưỡng • dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF)* (tiếp theo) Thông thường, bạn sẽ được chăm sóc tại các cơ sở SNF trong mạng lưới. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bạn cũng có thể được chăm sóc tại cơ sở ngoài mạng lưới của chúng tôi. Bạn có thể nhận chăm sóc tại những nơi sau, nếu họ chấp nhận mức chi trả theo chương trình của chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục mà bạn đã ở ngay trước khi nhập viện (miễn là cơ sở đó có cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng) • cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn đang ở tại thời điểm bạn xuất viện Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0
🍎	**Cai hút thuốc và các sản phẩm thuốc lá** Dịch vụ tư vấn cai hút thuốc và các sản phẩm thuốc lá được đài thọ cho bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nội trú nếu đáp ứng các tiêu chí sau: • đang sử dụng thuốc lá, bất kể có hay không các triệu chứng hay dấu hiệu của bệnh liên quan đến thuốc lá • có đầy đủ năng lực nhận thức và tỉnh táo trong buổi tư vấn • buổi tư vấn do bác sĩ đủ điều kiện hoặc chuyên viên được Medicare công nhận thực hiện Chúng tôi sẽ đài thọ cho hai lần cố gắng cai thuốc mỗi năm (mỗi lần có thể bao gồm tối đa bốn buổi tư vấn ở mức trung bình hoặc chuyên sâu, tổng cộng tối đa tám buổi tư vấn mỗi năm).	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Dịch vụ tại cơ sở chăm sóc bán cấp tính (cho người lớn hoặc trẻ em)* Chương trình của chúng tôi có thể đài thọ cho cơ sở chăm sóc dài hạn cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho hội viên có tình trạng y tế yếu ớt, cần các dịch vụ đặc biệt như liệu pháp hít, chăm sóc lỗ mở khí quản, nuôi ăn qua ống truyền tĩnh mạch và chăm sóc vết thương phức tạp**.** **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Liệu pháp tập luyện có giám sát (Supervised Exercise Therapy, SET)* Chúng tôi sẽ chi trả dịch vụ SET dành cho hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (Peripheral Artery Disease, PAD) và có giấy giới thiệu từ bác sĩ điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho: • tối đa 36 buổi trong vòng 12 tuần nếu đáp ứng đầy đủ yêu cầu của SET • thêm 36 buổi được phân bổ theo thời gian nếu nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe xác định là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải: • bao gồm các buổi kéo dài 30-60 phút, là chương trình tập luyện điều trị cho hội viên PAD bị đau chuột rút ở chân do lưu thông máu kém (đau cách hồi) • được thực hiện tại khoa ngoại trú bệnh viện hoặc phòng khám bác sĩ • do nhân viên đủ điều kiện, được đào tạo về liệu pháp tập luyện cho PAD thực hiện, đảm bảo lợi ích nhiều hơn rủi ro • có sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, hoặc điều dưỡng điều trị/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng đã được đào tạo về cả kỹ thuật hồi sức cơ bản lẫn nâng cao Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Đưa đón: Đưa đón y tế không khẩn cấp* Quyền lợi này cho phép đưa đón y tế không giới hạn đến các dịch vụ được chương trình của bạn và Medicare đài thọ. Dịch vụ này có thể bao gồm: xe cứu thương, xe cáng, xe được trang bị để chở bệnh nhân ngồi xe lăn, dịch vụ vận chuyển y tế khác và phối hợp với dịch vụ hỗ trợ đưa đón. Các hình thức đưa đón này được cho phép khi: • Bác sĩ y khoa của bạn xác định rằng tình trạng y tế và/hoặc thể chất của bạn không cho phép bạn đi bằng xe buýt, xe chở khách, taxi, hoặc các hình thức đưa đón công cộng/tư nhân khác, **và** cần được cho phép trước. Bạn sẽ cần gọi cho chương trình của mình để sắp xếp chuyến đi. Dịch vụ đưa đón được nhà cung cấp dịch vụ đưa đón của chúng tôi là Modivcare cung cấp. Để đặt xe cho các dịch vụ đã được cho phép, hãy gọi Dịch vụ Đưa đón Alliance (miễn phí) theo số 1.866.791.4158 ít nhất 3 ngày làm việc (Thứ 2 – Thứ 6) trước cuộc hẹn, hoặc gọi ngay khi bạn có cuộc hẹn cần gấp. Người dùng TTY có thể gọi 1.800.735.2929. Khi gọi, hãy chuẩn bị sẵn ID hội viên Alameda Alliance Wellness của bạn. Các chuyến đi xa hơn 50 dặm cần được cho phép trước. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước*	$0
	Đưa đón: Đưa đón phi y tế Quyền lợi này cho phép đưa đón không giới hạn đến các dịch vụ y tế bằng xe chở khách, taxi hoặc các hình thức đưa đón công cộng/tư nhân khác. Hình thức đưa đón này áp dụng để bạn có thể đến nhận các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết do Medi-Cal đài thọ, bao gồm cả các chuyến đi khám nha khoa và đến lấy thuốc. Các chuyến đi đến nhận những dịch vụ do cả Medi-Cal và Medicare chi trả đồng thời cũng được bảo hiểm. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Đưa đón: Đưa đón phi y tế (tiếp theo) Dịch vụ đưa đón được nhà cung cấp dịch vụ đưa đón của chúng tôi là Modivcare cung cấp. Để đặt xe cho các dịch vụ đã được cho phép, hãy gọi Dịch vụ Đưa đón Alliance (miễn phí) theo số 1.866.791.4158 ít nhất 3 ngày làm việc (Thứ 2 – Thứ 6) trước cuộc hẹn, hoặc gọi ngay khi bạn có cuộc hẹn cần gấp. Người dùng TTY có thể gọi 1.800.735.2929. Khi gọi, hãy chuẩn bị sẵn ID hội viên Alameda Alliance Wellness của bạn. Các chuyến đi xa hơn 50 dặm cần được cho phép trước.	$0
	Chăm sóc cần gấp Chăm sóc cần gấp là loại hình chăm sóc được cung cấp để điều trị: • tình trạng không thuộc cấp cứu nhưng cần được chăm sóc y tế ngay, **hoặc** • tình trạng bệnh phát sinh đột ngột, **hoặc** • tình trạng chấn thương, **hoặc** • tình trạng cần chăm sóc ngay lập tức. Nếu bạn có nhu cầu chăm sóc cần gấp, bạn nên cố gắng đến nhà cung cấp trong mạng lưới trước. Tuy nhiên, bạn có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu bạn không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới vì lý do thời gian, địa điểm, hoặc hoàn cảnh khiến việc đó không khả thi hoặc không hợp lý (ví dụ: khi bạn đang ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình và cần dịch vụ y tế ngay cho một tình trạng phát sinh đột ngột nhưng không phải là cấp cứu). Quyền lợi này được áp dụng trong phạm vi Hoa Kỳ và dành cho các trường hợp tình trạng y tế cần được chăm sóc ngay.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc nhãn khoa* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: • một lần khám mắt định kỳ mỗi năm, **và** **Xem tiếp quyền lợi này ở trang sau**	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Chăm sóc nhãn khoa* (tiếp theo) • tối đa $150 cho một cặp kính thuốc thông thường (gọng kính) hoặc kính áp tròng mỗi hai năm. Tròng kính tiêu chuẩn (đơn tròng, hai tròng có vạch, hoặc ba tròng có vạch) được bảo đài thọ toàn bộ mỗi hai năm. • Dịch vụ chăm sóc mắt thông thường cần được thực hiện thông qua nhà cung cấp thuộc mạng lưới Vision Service Plan (VSP) Advantage. Chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý và chấn thương ở mắt. Ví dụ: điều trị bệnh thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Đối với người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ chi trả cho một lần tầm soát tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: • người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp • người bị bệnh tiểu đường • người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Đối với người mắc bệnh tiểu đường, chúng tôi sẽ chi trả cho một lần tầm soát bệnh võng mạc do tiểu đường mỗi năm. Chúng tôi sẽ chi trả cho một cặp kính thuốc hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ đặt thủy tinh thể nhân tạo. Nếu bạn có hai lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, bạn chỉ được lấy một cặp kính thuốc sau mỗi lần phẫu thuật. Bạn sẽ không được lấy hai cặp kính thuốc sau lần phẫu thuật thứ hai, kể cả khi bạn không lấy cặp kính thuốc sau lần phẫu thuật đầu tiên. Để tìm nhà cung cấp thuộc mạng lưới VSP Advantage, vui lòng gọi 1.855.492.9028 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần, hoặc truy cập www.vsp.com/advantageonly.	$0

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn để nhận được giấy giới thiệu. **Cần được cho phép trước và nhà cung cấp chịu trách nhiệm cấp cho phép trước.*	

Dịch vụ Được đài thọ		Số tiền bạn phải trả
	Thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare" Chúng tôi sẽ đài thọ cho buổi thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare" một lần. Buổi thăm khám bao gồm: • đánh giá tình trạng sức khỏe của bạn, • tư vấn và giáo dục về các dịch vụ phòng ngừa bạn cần (bao gồm tầm soát và tiêm chủng), **và** • giới thiệu đến các dịch vụ chăm sóc khác nếu bạn cần. **Lưu ý:** Chúng tôi chỉ đài thọ cho buổi thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare" trong 12 tháng đầu tiên kể từ khi bạn có bảo hiểm Medicare Phần B. Khi đặt lịch hẹn, vui lòng nói với phòng khám bác sĩ rằng bạn muốn đặt lịch cho buổi thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare".	$0

E. Hỗ trợ từ cộng đồng

Bạn có thể nhận được hỗ trợ trong Kế hoạch chăm sóc cá nhân của mình. Hỗ trợ cộng đồng là các dịch vụ hoặc môi trường thay thế, phù hợp về mặt y tế và tiết kiệm chi phí, so với những dịch vụ đã được đài thọ trong Chương trình Tiểu bang Medi-Cal. Hội viên không bắt buộc phải nhận những dịch vụ này. Nếu bạn đủ tiêu chuẩn, những dịch vụ này có thể giúp bạn sống độc lập hơn. Các dịch vụ này không thay thế những quyền lợi mà bạn đã được nhận theo Medi-Cal thông qua các chương trình khác do tiểu bang, địa phương hoặc liên bang tài trợ, mà được triển khai theo Điều khoản và Điều kiện Tiêu chuẩn (Standard Terms and Conditions, STC) của chương trình Nâng cao và Đổi mới Medi-Cal của California (California Advancing and Innovating Medi-Cal, CalAIM) cũng như hướng dẫn của liên bang cùng Cơ quan Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Health Care Services, DHCS).

Alameda Alliance Wellness cung cấp các dịch vụ Hỗ trợ cộng đồng sau nếu phù hợp:

- Hỗ trợ chuyển nhà, Đặt cọc nhà ở, Dịch vụ thuê nhà và duy trì nhà thuê – giúp hội viên tìm nơi ở và duy trì chỗ ở an toàn, ổn định.
- Chăm sóc phục hồi (Chăm sóc y tế tạm thế) – chăm sóc lâm sàng tích hợp ngắn hạn cho những người không còn cần nằm viện, nhưng vẫn cần hồi phục sau chấn thương hoặc bệnh tật (bao gồm cả các tình trạng sức khỏe hành vi).
- Bữa ăn theo chế độ y khoa/Thực phẩm hỗ trợ y khoa – các bữa ăn/thực phẩm được giao tận nhà, đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng đặc thù của người mắc bệnh mạn tính, ngay sau khi xuất viện từ bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- Cải thiện môi trường sống cho bệnh hen suyễn – điều chỉnh môi trường sống tại nhà, cần thiết để đảm bảo sức khỏe, an sinh và an toàn hoặc khả năng sinh hoạt tại nhà của cá nhân mà nếu không thực hiện, các cơn hen cấp tính có thể dẫn đến nhu cầu cần dịch vụ cấp cứu và nhập viện.
- Dịch vụ tạm thế (người chăm sóc) – dịch vụ hỗ trợ cho người chăm sóc của hội viên khi hội viên cần được chăm sóc ngắn hạn, tạm thời trong lúc người chăm sóc chính không có mặt.
- Dịch vụ chăm sóc cá nhân và nội trợ – hỗ trợ cho hội viên cần giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (Activities of Daily Living, ADL) như tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển hoặc ăn uống; được cung cấp ngắn hạn khi người chăm sóc hoặc giám sát chính vắng mặt hay cần nghỉ ngơi. Đây là dịch vụ mang tính hỗ trợ, không phải dịch vụ y tế.
- Điều chỉnh môi trường sống (Cải tạo nhà ở) – Thay đổi không gian trong nhà để bảo đảm an toàn và sức khỏe của hội viên, hoặc giúp hội viên sinh hoạt độc lập hơn tại nhà.
- Hỗ trợ chuyển sang cơ sở hỗ trợ sinh hoạt – dịch vụ giúp hội viên chuyển sang các môi trường cộng đồng, bao gồm cơ sở hỗ trợ sinh hoạt, cơ sở chăm sóc nội trú cho người cao tuổi và cơ sở chăm sóc nội trú cho người trưởng thành.
- Dịch vụ chuyển về cộng đồng hoặc về nhà – dịch vụ hỗ trợ hội viên xuất viện từ viện điều dưỡng trở về nhà/nơi ở riêng trong cộng đồng.

Nếu bạn cần giúp đỡ hoặc muốn tìm hiểu xem các dịch vụ Hỗ trợ cộng đồng nào có sẵn cho bạn, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi tới số 1.800.735.2929. Hoặc hãy gọi đến nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của bạn.

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

Chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ sau, nhưng bạn có thể sử dụng thông qua Medi-Cal dưới hình thức trả phí theo dịch vụ.

F1. Chương trình Chuyển tiếp Cộng đồng của California (California Community Transitions, CCT)

Chương trình Chuyển tiếp Cộng đồng của California (CCT) sử dụng các Tổ chức Điều phối tại địa phương để giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện, đã sống trong cơ sở nội trú ít nhất 60 ngày liên tiếp, được chuyển về và sinh sống an toàn tại cộng đồng. Chương trình CCT chi trả cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn trước khi rời cơ sở và trong vòng 365 ngày sau khi chuyển tiếp, nhằm hỗ trợ người thụ hưởng trở về sinh sống tại cộng đồng.

Bạn có thể nhận dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ chức Điều phối CCT nào phục vụ tại quận mà bạn sinh sống. Bạn có thể tìm thấy danh sách các Tổ chức Điều phối CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang web của Sở Y tế tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT:

Medi-Cal sẽ chi trả cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT. Bạn không phải trả chi phí nào cho những dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ không liên quan đến chuyển tiếp CCT:

Nhà cung cấp sẽ gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chương trình bảo hiểm của chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ được cung cấp sau khi bạn đã chuyển tiếp. Bạn không phải trả chi phí nào cho những dịch vụ này.

Trong khi bạn nhận dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại **Mục D**.

Không thay đổi quyền lợi bảo hiểm thuốc.

Chương trình CCT **không** đài thọ cho thuốc. Bạn vẫn sẽ tiếp tục nhận quyền lợi thuốc thông thường theo chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Cẩm nang Hội viên* này.

Lưu ý: Nếu bạn cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không thuộc CCT, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của bạn để được sắp xếp. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không thuộc CCT là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến việc bạn rời khỏi cơ sở nội trú hoặc cơ sở điều trị.

F2. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Medi-Cal Dental. Thông tin chi tiết có tại trang webSmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental bao gồm (nhưng không giới hạn) các dịch vụ như:

- thăm khám ban đầu, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị fluoride
- phục hình và mão răng
- điều trị tủy răng
- hàm giả bán phần và toàn phần, điều chỉnh, sửa chữa và lót lại

Để biết thêm thông tin về các quyền lợi nha khoa có trong Medi-Cal Dental, hoặc nếu bạn cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Đại diện của Medi-Cal Dental sẵn sàng hỗ trợ bạn từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ 2 đến Thứ 6. Bạn cũng có thể truy cập trang web smilecalifornia.org/ để biết thêm chi tiết.

Chương trình của chúng tôi còn cung cấp thêm một số dịch vụ nha khoa. Tham khảo Bảng Quyền lợi tại **Mục D** để biết thêm thông tin.

F3. Chăm sóc cuối đời

Bạn có quyền chọn chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp và giám đốc y khoa của chương trình chăm sóc cuối đời xác định rằng bạn có tiên lượng cuối đời. Điều này có nghĩa là bạn mắc bệnh nan y và được dự đoán chỉ còn sống từ sáu tháng trở xuống. Bạn có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình phải hỗ trợ bạn tìm chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của bạn có thể thuộc mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.

Xem thêm Bảng Quyền lợi ở **Mục D** để biết thông tin chúng tôi chi trả trong thời gian bạn nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B liên quan đến tiên lượng cuối đời của bạn:

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ gửi hóa đơn cho Medicare. Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng cuối đời của bạn. Bạn không phải trả chi phí nào cho những dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B không liên quan đến tiên lượng cuối đời của bạn:

- Nhà cung cấp dịch vụ sẽ gửi hóa đơn cho Medicare. Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B. Bạn không phải trả chi phí nào cho những dịch vụ này.

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

- Thuốc sẽ không bao giờ được đài thọ đồng thời bởi cả nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo Chương 5 trong Cẩm nang Hội viên.

Lưu ý: Nếu bạn mắc bệnh nghiêm trọng, bạn có thể đủ điều kiện được chăm sóc giảm nhẹ, một hình thức chăm sóc phối hợp theo nhóm, tập trung vào bệnh nhân và gia đình, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bạn. Bạn có thể nhận chăm sóc giảm nhẹ đồng thời với chăm sóc/điều trị thông thường. Vui lòng xem thêm mục Chăm sóc giảm nhẹ phía trên để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu bạn cần dịch vụ không thuộc chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của bạn để được sắp xếp. Dịch vụ không thuộc chăm sóc cuối đời là những dịch vụ không liên quan đến tiên lượng cuối đời của bạn.

F4. Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Chương trình IHSS sẽ hỗ trợ chi trả cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã đăng ký khi họ cung cấp dịch vụ cho bạn, giúp bạn có thể tiếp tục sống an toàn tại chính ngôi nhà của mình. IHSS được xem là lựa chọn thay thế cho hình thức chăm sóc ngoài gia đình, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc tập thể.
- Để được nhận dịch vụ, sẽ có một cuộc đánh giá được thực hiện nhằm xác định loại dịch vụ nào có thể được cho phép đối với từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS bao gồm dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc đại tiểu tiện, tắm rửa, chải chuốt và dịch vụ y tế đặc biệt), đi cùng đến các buổi hẹn y tế và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ.
- Điều phối viên chăm sóc của bạn có thể giúp bạn nộp đơn xin IHSS tại cơ quan dịch vụ xã hội của quận. Bạn cũng có thể liên hệ với một cơ quan IHSS được liệt kê trên trang web của cơ quan quận tại https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx.

F5 Chương trình Miễn trừ Dịch vụ Chăm sóc Tại nhà và Cộng đồng (Home and Community Based Services, HCBS) theo Điều khoản 1915(c)

Miễn trừ chăm sóc tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt (Assisted Living Waiver, ALW)

- Miễn trừ chăm sóc tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt (ALW) mang đến cho những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện quyền lựa chọn sống trong môi trường hỗ trợ sinh hoạt thay vì phải vào cơ sở điều dưỡng dài hạn. Mục tiêu của ALW là hỗ trợ hội viên chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng về môi trường sống gần gũi như gia đình và cộng đồng, hoặc phòng ngừa việc phải nhập viện điều dưỡng chuyên môn đối với những người thụ hưởng có nguy cơ sắp phải nhập viện.
- Hội viên đã tham gia ALW có thể tiếp tục duy trì tham gia ALW, đồng thời được hưởng các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi sẽ phối hợp với Cơ quan Điều phối Chăm sóc ALW để điều phối các dịch vụ mà bạn nhận được.
- Hiện ALW chỉ có ở 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 chăm sóc của bạn có thể hỗ trợ bạn nộp đơn tham gia ALW. Vui lòng gọi cơ quan điều phối chăm sóc ALW – Institute for Aging theo số 1.415.750.4111.

Miễn trừ dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng dành cho người dân California bị khuyết tật khả năng phát triển (Home and Community-Based Services Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

Miễn trừ theo Chương trình tự quyết của California (California Self-Determination Program, SDP) dành cho người khuyết tật khả năng phát triển

- Có hai chương trình miễn trừ theo điều khoản 1915(c): Miễn trừ HCBS-DD và Miễn trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho những người được chẩn đoán mắc hội chứng khuyết tật khả năng phát triển trước 18 tuổi và dự kiến kéo dài suốt đời. Cả hai chương trình miễn trừ này nhằm tài trợ cho một số dịch vụ giúp người khuyết tật khả năng phát triển có thể sống tại nhà hoặc trong cộng đồng, thay vì phải ở trong các cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho các dịch vụ này được đồng tài trợ bởi chương trình Medicaid của chính phủ liên bang và Tiểu bang California. Điều phối viên chăm sóc có thể giúp bạn kết nối với các dịch vụ thuộc chương trình Miễn trừ DD.

Miễn trừ dịch vụ chăm sóc thay thế tại nhà và cộng đồng (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- Chương trình Miễn trừ HCBA cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc cho những người có nguy cơ phải nhập viện điều dưỡng hoặc cơ sở nội trú. Dịch vụ quản lý chăm sóc được thực hiện bởi Đội ngũ quản lý chăm sóc đa ngành, gồm một điều dưỡng và một nhân viên xã hội. Đội ngũ này sẽ phối hợp các dịch vụ theo chương trình Miễn trừ và Chương trình Tiểu bang (như dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, Dịch vụ hỗ trợ tại nhà,…), đồng thời sắp xếp các dịch vụ và sự hỗ trợ dài hạn khác có sẵn trong cộng đồng địa phương. Các dịch vụ quản lý chăm sóc và dịch vụ theo chương trình Miễn trừ được cung cấp tại nơi cư trú trong cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể là nhà riêng do người tham gia sở hữu, nhà thuê được đảm bảo theo hợp đồng thuê hợp pháp, hoặc là nhà của thành viên trong gia đình người tham gia.

- Hội viên đã tham gia chương trình Miễn trừ HCBA có thể tiếp tục duy trì tham gia chương trình Miễn trừ HCBA, đồng thời được hưởng các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi sẽ phối hợp với cơ quan quản lý chương trình Miễn trừ HCBA để điều phối các dịch vụ mà bạn nhận được.

- Điều phối viên chăm sóc của bạn có thể hỗ trợ bạn nộp đơn tham gia HCBA. Vui lòng gọi cơ quan HCBA địa phương – Centers for Elders' Independence theo số 1.510.318.7375.

Chương trình miễn trừ Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Chương trình miễn trừ Medi-Cal (MCWP) cung cấp dịch vụ quản lý hồ sơ toàn diện và chăm sóc trực tiếp cho người sống chung với HIV nhằm thay thế cho việc phải vào cơ sở chăm sóc điều dưỡng hoặc nhập viện. Công tác quản lý hồ sơ trong chương trình này chủ yếu tập trung vào người tham gia, hoạt động dưới hình thức phối hợp theo nhóm, trong đó gồm một y tá được hành nghề và một nhân viên xã hội quản lý hồ sơ. Nhân viên quản lý hồ sơ sẽ phối hợp với người tham gia, 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 giúp người tham gia tiếp tục sống tại nhà và trong cộng đồng.

- Mục tiêu của MCWP gồm: (1) cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng cho người nhiễm HIV mà nếu không có dịch vụ này thì họ có thể sẽ cần đến dịch vụ nội trú; (2) hỗ trợ người tham gia quản lý tình trạng sức khỏe liên quan đến HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ xã hội cũng như sức khỏe hành vi và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ vấn đề trùng lặp dịch vụ.
- Hội viên đã tham gia chương trình Miễn trừ MCWP có thể tiếp tục duy trì tham gia chương trình Miễn trừ MCWP, đồng thời được hưởng các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi sẽ phối hợp với cơ quan quản lý chương trình Miễn trừ MCWP để điều phối các dịch vụ mà bạn nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của bạn có thể hỗ trợ bạn nộp đơn tham gia MCWP. Vui lòng gọi cơ quan MCWP địa phương: Primary Care at Home, Inc. theo số 1.510.822.2588.

Chương trình dịch vụ đa năng cho người cao tuổi
(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Chương trình dịch vụ đa năng cho người cao niên (MSSP) cung cấp cả dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe và quản lý dịch vụ xã hội, nhằm hỗ trợ người cao tuổi có thể tiếp tục sống tại nhà và trong cộng đồng.
- Hầu hết người tham gia chương trình cũng đồng thời nhận Dịch vụ hỗ trợ tại nhà. Tuy nhiên, MSSP cung cấp thêm việc điều phối chăm sóc liên tục, kết nối người tham gia với các dịch vụ và nguồn lực cộng đồng cần thiết, phối hợp với các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe và chi trả cho một số dịch vụ cần thiết khác không có sẵn, nhằm ngăn ngừa hoặc trì hoãn việc phải vào cơ sở điều dưỡng. Tổng chi phí hằng năm cho dịch vụ quản lý chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Một đội ngũ gồm các chuyên gia y tế và dịch vụ xã hội sẽ thực hiện đánh giá toàn diện về tình trạng sức khỏe và tâm lý xã hội cho từng người tham gia MSSP để xác định các dịch vụ cần thiết. Sau đó, đội ngũ này sẽ phối hợp với người tham gia MSSP, bác sĩ điều trị, gia đình và những người khác để xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa. Các dịch vụ bao gồm:
  - quản lý chăm sóc
  - chăm sóc ban ngày dành cho người lớn
  - sửa chữa/bảo dưỡng nhỏ tại nhà
  - hỗ trợ bổ sung tại nhà: làm việc nhà, chăm sóc cá nhân và dịch vụ giám sát bảo vệ
  - dịch vụ tạm thế
  - dịch vụ đưa đón

  - dịch vụ tư vấn và trị liệu
  - dịch vụ bữa ăn
  - dịch vụ giao tiếp/hỗ trợ thông tin liên lạc
- Hội viên đã tham gia chương trình Miễn trừ MSSP có thể tiếp tục duy trì tham gia chương trình Miễn trừ MSSP, đồng thời được hưởng các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi sẽ phối hợp với nhà cung cấp MSSP để điều phối các dịch vụ mà bạn nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của bạn có thể hỗ trợ bạn nộp đơn tham gia MSSP. Vui lòng gọi cơ quan MSSP địa phương – California Department of Aging theo số 1.510.238.3762 hoặc City of Fremont theo số 1.510.574.2041.

F6. Dịch vụ sức khỏe tâm thần do Quận cung cấp ngoài phạm vi chương trình của chúng tôi (Dịch vụ sức khỏe tâm thần và rối loạn lạm dụng chất gây nghiện)

Bạn được quyền được tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế do Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chúng tôi cung cấp quyền lợi tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare và mô hình quản lý chăm sóc của Medi-Cal đài thọ. Tuy nhiên, dịch vụ điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện nội trú không nằm trong phạm vi đài thọ của chương trình chúng tôi. Chương trình của chúng tôi cũng không cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal hoặc dịch vụ điều trị lạm loạn sử dụng chất gây nghiện của quận, nhưng bạn có thể nhận các dịch vụ này thông qua cơ quan sức khỏe hành vi của quận.

Bạn có thể nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tâm thần của quận (Mental Health Plan, MHP) nếu bạn đủ điều kiện nhận các dịch vụ này. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal do MHP của quận cung cấp bao gồm:

- dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tâm thần
- dịch vụ hỗ trợ về thuốc
  - dịch vụ điều trị ban ngày chuyên sâu
- dịch vụ 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 trưởng thành
- dịch vụ điều trị khủng hoảng nội trú
- dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- dịch vụ điều trị nội trú tại bệnh viện tâm thần
- quản lý hồ sơ theo mục tiêu

- dịch vụ hỗ trợ từ người từng trải
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động trong cộng đồng
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc chuyên sâu
- dịch vụ tại nhà chuyên sâu
- hỗ trợ tái hòa nhập cho người từng vướng vào hệ thống tư pháp
- điều trị cộng đồng tích cực (Assertive Community Treatment, ACT)
- điều trị cộng đồng tích cực cho đối tượng tư pháp hình sự (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- chăm sóc chuyên khoa phối hợp (Coordinated Specialty Care, CSC) cho giai đoạn loạn thần đầu tiên (First Episode Psychosis, FEP)

Dịch vụ thuộc Hệ thống cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện có tổ chức Drug Medi-Cal được cung cấp thông qua cơ quan sức khỏe tâm thần của quận nếu bạn đủ điều kiện nhận những dịch vụ này.

- dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện nội trú dành cho phụ nữ mang thai
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện bằng thuốc thay thế
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều trị hỗ trợ bằng thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ từ người từng trải
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động trong cộng đồng
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- tầm soát định kỳ, chẩn đoán và điều trị sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)

Dịch vụ thuộc Hệ thống cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện có tổ chức Drug Medi-Cal bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- dịch vụ nhập viện bán trú
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều trị hỗ trợ bằng thuốc)
- dịch vụ điều trị nội trú, bao gồm quản lý cai nghiện trong môi trường này

- dịch vụ quản lý cai nghiện
- chương trình điều trị nghiện bằng thuốc thay thế
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc
- dịch vụ hỗ trợ từ người từng trải
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động trong cộng đồng dịch vụ quản lý hành vi dự phòng tái nghiện
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- tầm soát định kỳ, chẩn đoán và điều trị sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

Ngoài các dịch vụ đã liệt kê ở trên, bạn có thể được tiếp cận dịch vụ cai nghiện nội trú tự nguyện nếu đáp ứng đủ điều kiện.

Bạn có thể tìm dịch vụ sức khỏe tâm thần và dịch vụ điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện thông qua Danh bạ nhà cung cấp tại www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor hoặc bằng cách gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).

Bạn có thể tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng 24/7 bằng cách gọi 988 hoặc thông qua các nguồn lực được liệt kê trên trang web của chúng tôi tại www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Bạn có thể tiếp cận các dịch vụ khủng hoảng bất cứ lúc nào mà không cần liên hệ trước với Chương trình. Không cần cho phép trước.

Chương trình có cung cấp dịch vụ điều phối chăm sóc để hỗ trợ bạn tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi. Vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) để được hỗ trợ tìm nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi.

Bạn không cần giấy giới thiệu của Nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) để tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi. Chúng tôi áp dụng nguyên tắc “mọi đường đều đúng” trong việc tiếp cận dịch vụ, nghĩa là bạn có thể tiếp cận qua nhiều điểm tiếp nhận khác nhau.

Chương trình sẽ điều phối công tác chăm sóc và quyền lợi của bạn khi bạn sử dụng dịch vụ giữa Chương trình và cơ quan quận. Với một số loại thông tin, bạn có thể cần đồng ý cho phép chia sẻ thông tin giữa Chương trình và quận.

Một dịch vụ được xem là “cần thiết về mặt y tế” hay “thiết yếu về mặt y khoa” khi hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh tật hoặc tình trạng tàn tật nghiêm trọng hoặc để giảm đau đớn dữ dội.

Chương trình và cơ quan quận tuân thủ một quy trình rà soát đã được hai bên thống nhất nhằm bảo đảm việc giải quyết kịp thời các tranh chấp lâm sàng và hành chính.

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

Phần này thông báo cho bạn biết về những quyền lợi bị loại trừ trong chương trình của chúng tôi. “Bị loại trừ” nghĩa là chúng tôi không chi trả cho những quyền lợi đó. Medicare và Medi-Cal cũng không chi trả cho những quyền lợi này.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật phẩm mà chúng tôi sẽ hoàn toàn không đài thọ trong bất kỳ trường hợp nào, và một số chỉ bị loại trừ trong những trường hợp nhất định.

Chúng tôi không chi trả cho các quyền lợi y tế bị loại trừ nêu trong phần này (hoặc bất kỳ phần nào khác trong *Cẩm nang Hội viên* này) trừ khi có điều kiện cụ thể được liệt kê. Ngay cả khi bạn sử dụng dịch vụ tại cơ sở cấp cứu, chương trình cũng sẽ không chi trả cho dịch vụ đó. Nếu bạn cho rằng chương trình của chúng tôi cần phải chi trả cho một dịch vụ không được đài thọ, bạn có thể gửi yêu cầu kháng nghị. Để biết thêm thông tin về việc kháng nghị, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm nang Hội viên* này.

Ngoài những trường hợp loại trừ hoặc giới hạn được mô tả trong Bảng Quyền lợi, chương trình của chúng tôi cũng không đài thọ cho những dịch vụ và vật phẩm sau đây:

- dịch vụ bị Medicare và Medi-Cal xem là không “hợp lý và cần thiết về mặt y tế”, trừ khi liệt kê là dịch vụ được đài thọ
- các phương pháp điều trị y tế và phẫu thuật, vật phẩm và thuốc thử nghiệm, trừ khi được Medicare, một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng được Medicare phê duyệt, hoặc chương trình của chúng tôi đài thọ. Tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm nang Hội viên* này để biết thêm thông tin về nghiên cứu lâm sàng. Các phương pháp điều trị và vật phẩm thử nghiệm là những hạng mục chưa được cộng đồng y khoa công nhận rộng rãi.
- điều trị phẫu thuật cho hội chứng béo phì bệnh lý, trừ khi được xem là cần thiết về mặt y tế và Medicare chi trả
- phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi được xem là cần thiết về mặt y tế
- điều dưỡng chăm sóc riêng
- vật dụng cá nhân trong phòng bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi
- dịch vụ chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà
- phí do người thân trực hệ hoặc thành viên trong hộ gia đình của bạn thu
- các thủ thuật hoặc dịch vụ cải thiện tự nguyện (bao gồm giảm cân, mọc tóc, tăng cường chức năng tình dục, tăng cường khả năng hoạt động thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và cải thiện chức năng tinh thần), trừ khi được xem là cần thiết về mặt y tế
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc các can thiệp thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do chấn thương tai nạn hoặc để chỉnh sửa một bộ phận cơ thể có hình dạng bất thường. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ chi trả cho phẫu thuật tái tạo vú sau cắt bỏ tuyến vú và cho việc điều chỉnh bên vú còn lại để cân đối

- chăm sóc thần kinh cột sống, ngoại trừ việc nắn chỉnh thủ công cột sống phù hợp với hướng dẫn đài thọ
- chăm sóc bàn chân định kỳ, trừ trường hợp đã được mô tả trong mục Dịch vụ chuyên khoa chân tại Bảng Quyền lợi trong **Phần D**
- giày chỉnh hình, trừ khi giày đi kèm với nẹp chân và đã bao gồm trong chi phí nẹp, hoặc giày được sử dụng cho người bị bệnh bàn chân do tiểu đường
- thiết bị hỗ trợ cho bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người bị bệnh bàn chân do tiểu đường
- phẫu thuật chỉnh giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các dụng cụ hỗ trợ thị lực yếu khác
- thủ thuật phục hồi khả năng sinh sản sau triệt sản
- dịch vụ y học tự nhiên (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)
- dịch vụ cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở của Cơ quan Cựu chiến binh (Veterans Affairs, VA). Tuy nhiên, khi cựu chiến binh sử dụng dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA mà chi phí chia sẻ của VA cao hơn chi phí chia sẻ trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch cho cựu chiến binh. Bạn vẫn phải tự chi trả phần chi phí chia sẻ của mình.
- thụ tinh trong ống nghiệm (in vitro fertilization, IVF), bao gồm nhưng không giới hạn ở các nghiên cứu hoặc thủ thuật chẩn đoán và điều trị vô sinh
- bảo tồn khả năng sinh sản
- cải tạo phương tiện vận chuyển

Chương 5: Nhận thuốc điều trị ngoại trú

Giới Thiệu

Chương này giải thích các quy tắc nhận thuốc điều trị ngoại trú. Đây là thuốc mà nhà cung cấp đặt cho quý vị và quý vị sẽ nhận thuốc từ nhà thuốc thông qua hình thức đặt mua qua đường bưu điện. Trong đó bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và Medi-Cal. **Chương 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này cung cấp thông tin về số tiền quý vị phải trả cho những loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của Cẩm Nang Hội Viên này.

Chúng tôi cũng đài thọ cho các loại thuốc sau đây, mặc dù chúng không được thảo luận trong chương này:

- **Thuốc được Medicare Phần A đài thọ.** Trong đó thường bao gồm các loại thuốc được cung cấp cho quý vị khi quý vị đang nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được Medicare Phần B đài thọ.** Trong đó bao gồm một số loại thuốc hóa trị, một số loại thuốc tiêm được tiêm cho quý vị trong lần thăm khám tại phòng khám với bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác và các loại thuốc được cung cấp cho quý vị tại phòng khám chạy thận nhân tạo. Để tìm hiểu thêm về thuốc Medicare Phần B được đài thọ, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Ngoài phạm vi bảo hiểm Medicare Phần D và quyền lợi y tế của chương trình, thuốc của quý vị có thể được Original Medicare đài thọ nếu quý vị ở cơ sở chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5**, **Phần D** “Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận”.

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

Chúng tôi thường đài thọ cho các loại thuốc của quý vị với điều kiện quý vị tuân theo các quy tắc trong phần này.

Quý vị phải yêu cầu một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc cho quý vị, đây phải là toa thuốc hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường là nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) của quý vị. Đó cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu PCP đã giới thiệu quý vị đến họ để nhận dịch vụ chăm sóc.

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

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

Thuốc theo toa của quý vị phải nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi ngắn gọn là "*Danh Sách Thuốc*". (Tham khảo **Phần B** của chương này).

- Nếu thuốc đó không nằm trong *Danh Sách Thuốc*, chúng tôi có thể đài thọ được cho thuốc đó bằng cách cấp cho quý vị một trường hợp ngoại lệ.
- Tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
- Ngoài ra cũng xin lưu ý rằng yêu cầu đài thọ cho thuốc theo 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 (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận hoặc được củng cố bằng một số tài liệu y tế tham khảo nhất định. Người kê toa có thể giúp quý vị xác định các tài liệu y tế tham khảo để củng cố cho việc sử dụng thuốc theo toa.

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

Mục Lục

A. Mua thuốc theo toa 142

A1. Mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới 142

A2. Sử dụng Thẻ ID Hội Viên khi mua thuốc theo toa 142

A3. Điều cần thực hiện nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình 143

A4. Điều cần thực hiện nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới 143

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa 143

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện để nhận thuốc 144

A7. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn 146

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi 146

B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi 148

B1. Thuốc nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi..... 148

B2. Cách tìm thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi 149

B3. Thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi..... 149

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc..... 151

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được đài thọ..... 153

D1. Nhận lượng thuốc đủ dùng tạm thời..... 153

D2. Yêu cầu lượng thuốc đủ dùng tạm thời 154

E. Thay đổi phạm vi bảo hiểm cho thuốc của quý vị 155

F. Phạm vi bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt 157

F1. Tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong lần điều trị nội trú mà chương trình của chúng tôi đài thọ..... 157

F2. Tại cơ sở chăm sóc dài hạn..... 158

F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận 158

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 158

G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn 159

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc..... 159

G3. Chương trình quản lý dược chất (DMP) giúp các hội viên sử dụng an toàn thuốc opioid 160

A. Mua thuốc theo toa

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

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

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, hãy tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

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 theo phần chia sẻ chi phí thuốc được đài thọ của quý vị. Quý vị có thể sẽ cần thanh toán tiền đồng trả cho nhà thuốc khi lấy thuốc theo toa.

Hãy nhớ rằng quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi (Benefits Identification Card, BIC) để tiếp cận 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 tham gia chương trình của quý vị.

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

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Nếu quý vị cần trợ giúp mua thuốc theo toa, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

A3. Điều cần thực hiện nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình

Nếu quý vị thay đổi nhà thuốc và cần mua thêm thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp kê toa thuốc mới hoặc yêu cầu nhà thuốc chuyển toa thuốc sang nhà thuốc mới nếu vẫn còn thuốc để mua thêm.

Nếu quý vị cần trợ giúp thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

A4. Điều cần thực hiện nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

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

Để tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới, hãy tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa

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

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho bệnh nhân nội trú của cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng.
    - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn đều có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị là bệnh nhân nội trú của một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi đảm bảo quý vị có thể nhận được thuốc cần thiết tại nhà thuốc của cơ sở đó.
    - Nếu nhà thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi hoặc quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.
- Nhà Thuốc của Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Mỹ Bản Địa (Indian Health Care Provider, IHCP) Hội Viên Người Mỹ Bản Địa và Người Alaska Bản Địa có thể sử dụng các nhà thuốc của Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Da Đỏ (IHCP) trong phạm vi họ có nhà thuốc bán lẻ đã ghi danh tham gia. Nếu quý vị không phải là Người Mỹ Bản Địa và Người Alaska Bản Địa, quý vị vẫn có thể nhận 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 cung cấp thuốc bị FDA hạn chế ở một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, phối hợp với nhà cung cấp hoặc kiến thức về cách sử dụng. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra).
- Để tìm nhà thuốc chuyên khoai, hãy tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

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

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Nhìn chung, thuốc được cung cấp theo phương pháp đặt mua qua đường bưu điện là các loại thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài. Thuốc được cung cấp theo phương pháp đặt mua qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi được đánh dấu là thuốc đặt mua qua đường bưu điện trong *Danh Sách Thuốc*. Thuốc **không** được cung cấp theo phương pháp đặt mua qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi được đánh dấu là 'NMO' trong *Danh Sách Thuốc*.

Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi cho phép quý vị đặt mua lượng thuốc đủ dùng trong ít nhất 30 ngày và không quá 90 ngày. Lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày có cùng mức tiền đồng trả như lượng thuốc trong 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 liên hệ:

Walgreens Mail Service
8350 S River Parkway
Tempe, AZ 85284
Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia (National Provider Identifier, NPI): 1164437406
Số Điện Thoại: 1.800.345.1985

Thông thường, thuốc theo toa đặt mua qua đường bưu điện sẽ được giao đến trong vòng 14 ngày. Nếu thuốc theo toa của hội viên bị chậm trễ, nhà thuốc gửi qua đường bưu điện sẽ thông báo cho bệnh nhân về tình trạng chậm trễ này qua phương thức trao đổi thông tin thoại (cuộc gọi tự động hoặc trực tiếp) hoặc bằng văn bản (email, tin nhắn văn bản hoặc thư). Trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ bị gián đoạn điều trị, nhà thuốc sẽ đẩy nhanh quá trình vận chuyển mà không tính phí cho bệnh nhân hoặc xử lý nguồn cung thuốc đủ dùng ngắn hạn tại một nhà thuốc địa phương mà không tính phí cho bệnh nhân. Vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện bị chậm trễ.

Quy trình đặt mua qua đường bưu điện

Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện có các thủ tục khác nhau đối với toa thuốc mới mà họ nhận được từ quý vị, toa thuốc mới nhận trực tiếp từ phòng khám của nhà cung cấp và việc mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua đường bưu điện của quý vị.

1. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ quý vị

Nhà thuốc sẽ tự động cấp và giao thuốc theo toa mới mà họ nhận được từ quý vị.

2. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ phòng khám của nhà cung cấp

Sau khi nhà thuốc nhận được toa thuốc từ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, họ sẽ liên hệ với quý vị để tìm hiểu xem quý vị muốn mua thuốc ngay lập tức hay mua sau.

- Điều này tạo cơ hội giúp quý vị đảm bảo rằng nhà thuốc sẽ giao đúng thuốc (bao gồm hàm lượng, số lượng và dạng thuốc) và nếu cần, cho phép quý vị dừng hoặc trì hoãn đơn đặt hàng trước khi quý vị được lập hóa đơn và thuốc được giao tới.
- Hãy phản hồi mỗi khi nhà thuốc liên hệ với quý vị để cho họ biết điều cần thực hiện với toa thuốc mới và tránh mọi chậm trễ trong quá trình vận chuyển.

3. Mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua đường bưu điện

Để mua thêm thuốc, quý vị có thể tùy chọn đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ tự động xử lý lần mua 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 vận chuyển từng đợt thuốc mua thêm để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy lần mua thêm thuốc đã lên lịch nếu đã có đủ thuốc hoặc thuốc của quý vị đã thay đổi.
- Nếu quý vị lựa chọn không sử dụng chương trình mua thêm thuốc tự động của chúng tôi, hãy liên hệ với nhà thuốc 14 ngày trước khi hết thuốc theo toa hiện tại của quý vị để đảm bảo đơn đặt mua tiếp theo sẽ được giao đến tay quý vị kịp thời.

Để từ chối tham gia chương trình tự động chuẩn bị thuốc mua thêm theo hình thức đặt mua qua đường bưu điện, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Walgreens Mail Service LLC theo số 1.800.345.1985.

Hãy cho nhà thuốc biết cách liên hệ tốt nhất với quý vị để họ có thể xác nhận đơn đặt mua trước khi vận chuyển.

A7. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn

Quý vị có thể nhận được lượng thuốc đủ dùng dài hạn của thuốc duy trì trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi. Thuốc duy trì là thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận lượng thuốc duy trì đủ dùng dài hạn. Lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày có cùng mức tiền đồng trả như lượng thuốc trong một tháng. *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết các nhà thuốc có thể cung cấp lượng thuốc duy trì đủ dùng dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin. Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi để nhận lượng thuốc duy trì đủ dùng dài hạn. Tham khảo **Phần A6** để tìm hiểu về dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện.

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

Nhìn chung, chúng tôi chỉ thanh toán cho thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc nằm ngoài khu vực dịch vụ của mình, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách là hội viên của chương trình. Trong những trường hợp này, trước tiên hãy liên hệ với điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem có nhà thuốc nào trong mạng lưới gần đó không.

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

- Nếu thuốc Phần D được đài thọ có liên quan đến dịch vụ chăm sóc cấp cứu y tế.
- Nếu một loại thuốc Phần D được đài thọ nhất định (ví dụ, thuốc đặc trị bệnh hiếm gặp hoặc các loại dược phẩm chuyên khoa khác thường được vận chuyển trực tiếp từ nhà sản xuất hoặc nhà cung cấp đặc biệt) không thường xuyên được dự trữ tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc các nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện mà quý vị có thể tiếp cận.
- Nếu thuốc Phần D được đài thọ do một nhà thuốc trong cơ sở y tế cung cấp trong thời gian người nhận là bệnh nhân tại khoa cấp cứu, phòng khám của nhà cung cấp, phòng khám ngoại trú hoặc cơ sở ngoại trú khác.
- Quý vị đang đi du lịch và hết hoặc làm mất thuốc Phần D được đài thọ và không thể tiếp cận nhà thuốc trong mạng lưới.

- Trong mọi thảm họa cấp Liên Bang hoặc trường hợp khẩn cấp về y tế công cộng mà người ghi danh phải sơ tán hoặc buộc phải rời khỏi nơi cư trú.

- Trong những trường hợp khẩn cấp mà người ghi danh không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi sẽ chi trả khoản thanh toán một lần cho lượng thuốc gốc đủ dùng trong 30 ngày. Đối với thuốc biệt dược, chúng tôi sẽ chi trả khoản thanh toán một lần cho lượng đủ dùng trong 30 ngày. Trong những trường hợp này, trước tiên hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem có nhà thuốc nào trong mạng lưới gần đó không.

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

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải trả toàn bộ chi phí thay vì tiền đồng trả khi nhận thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị có thể sẽ phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa mà Medi-Cal Rx có thể đài thọ, quý vị có thể được nhà thuốc bồi hoàn sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho thuốc theo toa đó. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn trả tiền cho quý vị bằng cách gửi yêu cầu thanh toán “Bồi Hoàn Chi Phí Tự Trả 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, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi

Chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ.* Chúng tôi gọi ngắn gọn là "*Danh Sách Thuốc*".

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

Chúng tôi thường đài thọ cho thuốc có trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình khi quý vị tuân theo các quy tắc mà chúng tôi giải thích trong chương này.

B1. Thuốc nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

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

Hầu hết các loại thuốc quý vị mua ở nhà thuốc đều được chương trình của quý vị đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc mua tự do (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 (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 Nhận Dạng Người Thụ Hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

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

Biệt dược là thuốc được bán theo tên đã đăng ký nhãn hiệu thương mại do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Sản phẩm sinh học là thuốc mang tính chất phức tạp hơn so với thuốc thông thường. Trong *Danh Sách Thuốc*, khi nhắc đến "thuốc" thì chúng tôi có thể nói về thuốc hoặc các sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc có cùng các thành phần hoạt chất như thuốc biệt dược. Sản phẩm sinh học có các dạng thay thế được gọi là thuốc tương tự sinh học. Nhìn chung, thuốc gốc và thuốc tương tự sinh học có công dụng tương tự như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường ở mức chi phí thấp hơn. Hiện nay sẵn có các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc biệt dược và các loại thuốc tương tự sinh học thay thế cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc tương tự sinh học có thể thay thế cho nhau và tùy theo luật pháp tiểu bang, có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc biệt dược.

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

Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ cho một số loại thuốc và sản phẩm OTC nhất định. Một số loại thuốc OTC rẻ hơn thuốc theo toa và có công dụng tương tự. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên.

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

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

- Truy cập trang mạng của chương trình của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness**.** *Danh Sách Thuốc* trên trang mạng của chúng tôi luôn được cập nhật mới nhất.
- Hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem thuốc có nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu cung cấp bản sao của danh sách.
- Các loại thuốc không được Phần D đài thọ có thể sẽ được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng “Real Time Benefit Tool” (Công Cụ Quyền Lợi theo Thời Gian Thực) của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness để tìm kiếm thuốc trong *Danh Sách Thuốc* nhằm ước tính số tiền quý vị sẽ phải trả và xem có thuốc thay thế nào trong *Danh Sách Thuốc* có thể điều trị cùng tình trạng đó hay không. Quý vị cũng có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên.

B3. Thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

Chúng tôi không đài thọ cho tất cả các loại thuốc.

- Một số loại thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi vì luật pháp không cho phép chúng tôi đài thọ cho các loại thuốc đó.
- Trong những trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa loại thuốc đó vào *Danh Sách Thuốc*.

Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được thuốc không nằm 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 nhận được toa thuốc cho một loại thuốc bị loại trừ, quý vị có thể sẽ phải tự thanh toán cho loại thuốc đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi nên là bên thanh toán cho một loại thuốc bị loại trừ vì trường hợp của mình, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về khiếu nại.

Sau đây là ba quy tắc chung đối với các loại thuốc bị loại trừ:

1. Phạm vi bảo hiểm thuốc điều trị ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm cả Medicare Phần D) không thể chi trả cho thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã đài thọ. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí cho thuốc được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B, nhưng các loại thuốc này không được coi là một phần trong quyền lợi thuốc điều trị ngoại trú của quý vị.
2. Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho 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 củng cố là phương pháp điều trị tình trạng của quý vị qua một số tài liệu y tế tham khảo nhất định. 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 chưa được chấp thuận để điều trị tình trạng nói trên. Đây được gọi là “sử dụng ngoài chỉ định”. Chương trình của chúng tôi thường không đài thọ cho thuốc được kê toa để sử dụng ngoài chỉ định.

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

- Thuốc dùng để thúc đẩy khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh*
- Thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy mọc tóc
- Vitamin và các sản phẩm khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin dành cho phụ nữ mang thai và các chế phẩm chứa florua*
- Thuốc được dùng để điều trị chứng rối loạn tình dục hay cương dương
- Thuốc dùng để điều trị chứng chán ăn, sụt cân hoặc tăng cân*
- Thuốc điều trị ngoại trú do một công ty sản xuất và yêu cầu quý vị phải làm xét nghiệm hoặc nhận các dịch vụ mà chỉ do họ thực hiện

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

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số loại thuốc nhất định, các quy tắc đặc biệt sẽ giới hạn cách thức và thời điểm đài thọ của chương trình chúng tôi. Nhìn chung, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị tiếp nhận thuốc an toàn và hiệu quả, cũng như có công dụng đối với bệnh trạng của mình. Khi một loại thuốc an toàn với giá rẻ hơn có công dụng tương đương với một loại thuốc có chi phí cao hơn, chúng tôi kỳ vọng nhà cung cấp sẽ kê toa loại thuốc giá rẻ đó cho quý vị.

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Nguyên nhân là do cùng một loại thuốc có thể khác nhau tùy theo hàm lượng, số lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp 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 liều dùng mỗi ngày so với hai liều dùng mỗi ngày; dạng viên nén so với dạng lỏng).

Nếu có quy tắc đặc biệt cho thuốc của quý vị, điều đó thường đồng nghĩa rằng quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải thực hiện các bước bổ sung để chúng tôi đài thọ cho thuốc đó. Ví dụ: nhà cung cấp có thể sẽ 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 cho rằng quy tắc của chúng tôi không nên được áp dụng cho trường hợp của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi sử dụng quy trình quyết định về phạm vi bảo hiểm để cung cấp trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý cho phép quý vị sử dụng thuốc mà không cần thực hiện các bước bổ sung.

Để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

1. Giới hạn việc sử dụng biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi sẵn có phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể thay thế

Nhìn chung, thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có công dụng giống như biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có chi phí thấp hơn. Nếu sẵn có phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể thay thế của biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể thay thế.

- Chúng tôi thường không chi trả cho biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi đã sẵn có phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế khiến thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể thay thế không công dụng với quý vị, thì chúng tôi sẽ đài thọ cho biệt dược đó.

2. Lấy ý kiến chấp thuận trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc người kê toa phải lấy ý kiến chấp thuận của chương trình chúng tôi trước khi quý vị mua thuốc theo toa. Đây được gọi là cho phép trước. Cơ chế này được thiết lập để đảm bảo an toàn về thuốc và hỗ trợ hướng dẫn sử dụng hợp lý một số loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể sẽ không đài thọ cho thuốc đó. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness để biết thêm thông tin về cho phép trước.

3. Thử trước một loại thuốc khác

Nhìn chung, chúng tôi muốn quý vị thử các loại thuốc có chi phí thấp hơn nhưng hiệu quả tương đương trước khi chúng tôi đài thọ cho các loại thuốc đắt đỏ hơn. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng và Thuốc A có chi phí thấp hơn Thuốc B, chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị thử Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A **không** có tác dụng với quý vị thì chúng tôi sẽ đài thọ cho Thuốc B. Đây được gọi là trị liệu từng bước. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness để biết thêm thông tin về trị liệu từng bước.

4. Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận được. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: nếu mỗi ngày chỉ uống một viên của một loại thuốc nhất định thường 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 quy tắc nào ở trên áp dụng cho thuốc quý vị đang dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy xem *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Để biết thông tin mới nhất, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về phạm vi bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào nêu trên, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được đài thọ

Chúng tôi cố gắng cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc phù hợp với quý vị, nhưng đôi khi một loại thuốc có thể không được đài thọ theo cách quý vị mong muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc đó có thể không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể sẽ đài thọ cho phiên bản thuốc gốc nhưng không đài thọ cho phiên bản thuốc biệt dược mà quý vị muốn dùng. Thuốc có thể mới ra mắt và chúng tôi chưa duyệt xét tính an toàn và hiệu quả của thuốc đó.
- Chương trình của chúng tôi đài thọ cho thuốc, nhưng có các quy tắc hoặc giới hạn đặc biệt về phạm vi bảo hiểm. Như đã giải thích ở mục trên, một số loại thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ có những quy tắc giới hạn việc sử dụng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa có thể muốn yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ.

Có những điều quý vị có thể thực hiện nếu chúng tôi không đài thọ cho một loại thuốc theo cách quý vị mong muốn.

D1. Nhận lượng thuốc đủ dùng tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng tạm thời khi thuốc đó không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc bị giới hạn theo cách nào đó. Điều này giúp quý vị có thời gian trao đổi với nhà cung cấp về việc sử dụng thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc đó.

Để nhận lượng thuốc đủ dùng tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Thuốc quý vị đã và đang dùng:
   - không còn nằm trong *Danh Sách Thuốc* **của chúng tôi hoặc**
   - chưa từng nằm trong *Danh Sách Thuốc* **của chúng tôi hoặc**
   - hiện nay bị giới hạn theo một cách nào đó.
2. Quý vị phải đối mặt với một trong những tình huống sau:
   - Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
     - Chúng tôi đài thọ cho lượng thuốc đủ dùng tạm thời **trong 90 ngày đầu tiên quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.**
     - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày.

- Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi cho phép mua thêm nhiều lần để cung cấp lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
- Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc cho quý vị theo từng lượng nhỏ một để tránh lãng phí.

- Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi hơn 90 ngày, sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn và cần lượng thuốc ngay lập tức.
  - Chúng tôi đài thọ cho lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày trở xuống nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng thuốc đủ dùng tạm thời nêu trên.

D2. Yêu cầu lượng thuốc đủ dùng tạm thời

Để yêu cầu cung cấp lượng thuốc đủ dùng tạm thời, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên.

Khi quý vị nhận được lượng thuốc đủ dùng tạm thời, hãy trao đổi với nhà cung cấp sớm nhất có thể để xác định việc cần làm khi hết thuốc. Quý vị có những lựa chọn sau:

- Chuyển sang thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể đài thọ cho một loại thuốc khác có tác dụng với quý vị. Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu cung cấp danh sách các loại thuốc điều trị cùng một bệnh trạng mà chúng tôi đài thọ. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp tìm ra loại thuốc được đài thọ có thể tác dụng với quý vị.

  HOẶC

- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

  Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc đó mà không áp dụng các giới hạn. Nếu nhà cung cấp cho biết quý vị có lý do y tế chính đáng để được cấp trường hợp ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị đưa ra yêu cầu.

E. Thay đổi phạm vi bảo hiểm cho thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc đều diễn ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc xóa thuốc khỏi *Danh Sách Thuốc* trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc về thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- Quyết định có yêu cầu chấp thuận trước (Prior Approval, PA) cho một loại thuốc hay không (ý kiến cho phép của chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận được (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế về trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ cho loại thuốc khác).
- Thay thế sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản thuốc tương tự sinh học có thể thay thế của sản phẩm sinh học đó.

Chúng tôi phải tuân thủ các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi *Danh Sách Thuốc* của chương trình. Để biết thêm thông tin về các quy tắc đối với thuốc này, hãy tham khảo **Phần C**.

Nếu quý vị dùng một loại thuốc mà chúng tôi đã đài thọ vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm cho thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- một loại thuốc mới, rẻ hơn xuất hiện trên thị trường và có công dụng tương đương với một loại thuốc hiện đang nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, **hoặc**
- chúng tôi biết được thông tin rằng một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- một loại thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.

Điều gì sẽ xảy ra nếu có thay đổi về phạm vi bảo hiểm cho thuốc quý vị đang dùng?

Để biết thêm thông tin về những điều sẽ xảy ra khi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Xem trực tuyến *Danh Sách Thuốc* hiện tại của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness
  hoặc
- Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để xem *Danh Sách Thuốc* hiện tại của chúng tôi.

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

Một số thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* sẽ có hiệu lực ngay lập tức. Ví dụ:

Một loại thuốc gốc mới đã sẵn có trên thị trường. Đôi khi, một loại thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học mới ra mắt trên thị trường và có công dụng tương đương với thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc nằm trong *Danh Sách Thuốc* hiện tại. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể sẽ loại bỏ thuốc biệt dược và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí cho thuốc mới của quý vị sẽ không đổi hoặc giảm bớt.

- Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện sau khi áp dụng.

- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu cung cấp "trường hợp ngoại lệ" đối với những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo nêu rõ các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu cung cấp trường hợp ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của cẩm nang này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

Loại bỏ các loại thuốc không an toàn và các loại thuốc khác không còn lưu hành trên thị trường. Đôi khi một loại thuốc có thể bị phát hiện là không an toàn hoặc bị thu hồi khỏi thị trường vì lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc đó khỏi *Danh Sách Thuốc* của mình. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị sau khi thực hiện thay đổi.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến thuốc quý vị dùng. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác đối với *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có nguyên tắc hướng dẫn lâm sàng mới về thuốc.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi:

- Sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* **hoặc**

- Sẽ thông báo và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu cung cấp thêm thuốc.

Điều này giúp quý vị có thời gian trao đổi với bác sĩ hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem:

- Có thuốc nào tương tự trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi mà quý vị có thể dùng thay thế hay không **hoặc**

- Quý vị có nên yêu cầu cung cấp trường hợp ngoại lệ từ những thay đổi này để tiếp tục đài thọ cho thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị đang dùng hay không. Để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy 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 thay đổi các loại thuốc quý vị dùng mà không được mô tả ở trên và hiện tại sẽ không ảnh hưởng đến quý vị. Đối với những thay đổi như vậy, nếu quý vị đang dùng thuốc mà chúng tôi đã đài thọ vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm cho loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ thuốc quý vị đang dùng, tăng số tiền quý vị phải trả cho thuốc đó hoặc giới hạn việc sử dụng thuốc đó, thì thay đổi này sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc đó hoặc số tiền quý vị phải trả cho thuốc đó trong thời gian còn lại của năm.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra với thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ những thay đổi được lưu ý ở mục trên), thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 của năm sau.

Chúng tôi sẽ không trực tiếp cho quý vị biết về các dạng thay đổi này trong năm hiện tại. Quý vị sẽ cần xem *Danh Sách Thuốc* cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách được cung cấp trong giai đoạn ghi danh mở) để xem có bất kỳ thay đổi nào ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

F. Phạm vi bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong lần điều trị nội trú mà chương trình của chúng tôi đài thọ

Nếu quý vị được nhập viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn cho lần điều trị nội trú mà chương trình của chúng tôi đài thọ, thông thường chúng tôi sẽ đài thọ cho chi phí thuốc của quý vị trong thời gian điều trị nội trú. Quý vị sẽ không phải thanh toán tiền đồng trả. Sau khi quý vị xuất viện hoặc rời khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc của quý vị với điều kiện thuốc đó đáp ứng mọi quy tắc về phạm vi bảo hiểm của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm 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, sẽ có nhà thuốc riêng hoặc một nhà thuốc cung cấp thuốc cho toàn bộ bệnh nhân nội trú của họ. Nếu sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận thuốc thông qua nhà thuốc của cơ sở đó nếu họ nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Hãy xem *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.

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

Thuốc sẽ không bao giờ được đài thọ đồng thời bởi cả nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi.

- Quý vị có thể đã ghi danh 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 chúng không liên quan đến tình trạng và tiên lượng giai đoạn cuối 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 dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho biết đó là thuốc không liên quan trước khi chúng tôi có thể đài thọ cho thuốc đó.

- Để tránh bị chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình của chúng tôi nên đài thọ, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa gửi cho chúng tôi thông báo cho biết đó là thuốc không liên quan trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc cung cấp thuốc theo toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho toàn bộ thuốc của quý vị. Để tránh mọi chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời từ Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang theo giấy tờ đến nhà thuốc để xác minh rằng quý vị đã rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời.

Tham khảo các phần trước của chương này để biết thông tin về thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ. Tham khảo **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

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

G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn

Mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ xem xét những vấn đề tiềm ẩn, chẳng hạn như sai sót về thuốc hoặc các loại thuốc mà:

- có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng thuốc khác tương tự với cùng công dụng
- có thể không an toàn đối với độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- có thể gây hại cho quý vị nếu quý vị dùng đồng thời cùng nhau
- chứa thành phần khiến hoặc có thể khiến quý vị bị dị ứng
- có thể bị sai sót về số lượng (liều lượng)
- có lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu chúng tôi phát hiện ra vấn đề tiềm ẩn trong việc sử dụng thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp để khắc phục vấn đề.

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Chương trình của chúng tôi có chương trình giúp đỡ các hội viên với nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể đủ điều kiện để nhận các dịch vụ miễn phí thông qua chương trình quản lý liệu pháp dùng thuốc (Medication Therapy Management, MTM). Đây là chương trình tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp đảm bảo rằng thuốc của quý vị đang phát huy đúng công dụng để cải thiện sức khỏe cho quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp đánh giá toàn diện về toàn bộ thuốc của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- cách tận dụng tối đa lợi ích từ thuốc quý vị dùng
- bất kỳ mối quan ngại nào của quý vị, như chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- cách dùng thuốc tốt nhất
- bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề nào quý vị có về thuốc theo toa và thuốc mua tự do của mình

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Văn bản tóm tắt về cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động về thuốc, trong đó khuyến nghị về những điều quý vị có thể thực hiện để sử dụng thuốc theo cách tốt nhất.

- Danh sách thuốc cá nhân bao gồm toàn bộ thuốc quý vị dùng, lượng dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng thuốc.
- Thông tin về cách thải bỏ an toàn các loại thuốc theo toa là chất bị kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với người kê toa về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình.

- Mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc khi thăm khám hoặc bất cứ khi nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác.
- Mang theo danh sách thuốc nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Các chương trình MTM đều mang tính tự nguyện và miễn phí cho các hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, hãy cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ loại trừ quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của mình.

G3. Chương trình quản lý dược chất (DMP) giúp các hội viên sử dụng an toàn thuốc opioid

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo hội viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Dược Chất (Drug Management Program, DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid mình nhận được từ nhiều bác sĩ hoặc nhà thuốc hoặc nếu quý vị vừa bị quá liều opioid gần đây, chúng tôi có thể trao đổi với những người kê toa để đảm bảo quý vị sử dụng thuốc opioid một cách phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi làm việc với những người kê toa, nếu chúng tôi quyết định việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa có thể không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận được các loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP, các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị phải nhận toàn bộ toa được kê cho các loại thuốc đó từ (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị phải nhận toàn bộ toa được kê cho thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (những) người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi đài thọ cho quý vị

Nếu chúng tôi dự định sẽ giới hạn cách quý vị nhận được các loại thuốc này hoặc số lượng thuốc quý vị có thể nhận được, chúng tôi sẽ gửi trước cho quý vị một lá thư. Nội dung trong thư sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn phạm vi bảo hiểm cho các loại thuốc này đối với quý vị hay không, hoặc liệu quý vị có bị yêu cầu chỉ nhận toa được kê cho các 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 người kê toa hoặc nhà thuốc mà mình muốn sử dụng và mọi thông tin mà quý vị cho là quan trọng cần chúng tôi biết. Sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định giới hạn phạm vi bảo hiểm cho các loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một lá thư khác xác nhận các giới hạn đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sự nhầm lẫn, quý vị không đồng ý với quyết định hoặc giới hạn của chúng tôi, quý vị và người kê toa có thể khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến các giới hạn áp dụng cho quyền tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (Independent Review Organization, IRO). (Để tìm hiểu thêm về khiếu nại và IRO, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này).

DMP có thể sẽ không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- mắc phải một số bệnh trạng nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm,
- đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc khi sắp qua đời, **hoặc**
- sống tại một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Số tiền phải trả cho thuốc Medicare và Medi-Cal

Giới Thiệu

Chương này cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc điều trị ngoại trú. Khi nhắc tới "thuốc", chúng tôi muốn nói đến:

- Thuốc Medicare Phần D **và**
- Thuốc và các vật dụng được bảo hiểm theo Medi-Cal Rx, **và**

Vì đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, quý vị sẽ nhận được Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để hỗ trợ thanh toán cho các loại thuốc Medicare Phần D. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tờ thông tin đính kèm riêng, có tên là "Điều Khoản Phụ của Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Thanh Toán Thuốc Theo Toa" (còn được gọi là "Điều Khoản Phụ về Trợ Cấp cho Người có Thu Nhập Thấp (Low Income Subsidy, LIS)" hoặc "Điều Khoản Phụ về LIS"), trong đó cung cấp cho quý vị thông tin về phạm vi bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ thông tin đính kèm này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu cung cấp "Điều Khoản Phụ về LIS".

> **Trợ Giúp Bổ Sung** là chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ Giúp Bổ Sung còn được gọi là "Trợ Cấp cho Người có Thu Nhập Thấp" hay "LIS".

Các thuật ngữ quan trọng khác và định nghĩa của chúng được sắp xếp 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 các tài liệu sau:

- *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chúng tôi.
    - Chúng tôi gọi đây là "*Danh Sách Thuốc*". Danh sách này cho quý vị biết:
        - Những loại thuốc được chúng tôi thanh toán
        - Liệu có bất kỳ giới hạn nào về thuốc hay không
    - Nếu quý vị cần bản sao *Danh Sách Thuốc*, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao mới nhất của *Danh Sách*

Thuốc trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

- Hầu hết các loại thuốc quý vị mua ở nhà thuốc đều được Alameda Alliance Wellness đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không cần 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 (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 Nhận Dạng Người Thụ Hưởng (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

- **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
  - Giải thích cách nhận thuốc điều trị ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Trong đây bao gồm các quy tắc quý vị cần tuân theo. Ngoài ra, nội dung này còn cho biết những loại thuốc mà chương trình của chúng tôi không đài thọ.
  - Khi quý vị sử dụng “Real Time Benefit Tool” (Công Cụ Quyền Lợi theo Thời Gian Thực) của chương trình để tra cứu phạm vi bảo hiểm thuốc (tham khảo **Chương 5**, **Mục B2**), chi phí được nêu là ước tính về chi phí tự trả mà quý vị dự kiến sẽ phải thanh toán. Quý vị có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

- *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* 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 các nhà thuốc đồng ý làm việc với chúng tôi.
  - *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục Lục

A. *Bản Giải Thích Quyền Lợi* (EOB).....163

B. Hướng dẫn cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị.....164

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc cho thuốc Medicare Phần D....167
C1. Chương trình của chúng tôi có (1) một bậc chia sẻ chi phí....167
C2. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị....167
C3. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn....168
C4. Số tiền quý vị phải trả....168
D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu....169
D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị....170
D2. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn....170
D3. Số tiền quý vị phải trả....171
D4. Kết Thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu....172
E. Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương....172
F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng....173
G. Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin Phần D....174
G1. Điều quý vị cần biết trước khi tiếp nhận vắc-xin....174
G2. Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin được Medicare Phần D đài thọ....174

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 thuốc theo toa tại nhà thuốc. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị. Trong đó bao gồm số tiền quý vị trả khi nhận thuốc Phần D được đài thọ, mọi khoản tiền mà gia đình hoặc bạn bè trả cho thuốc của quý vị, mọi khoản tiền mà Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare, chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở hoặc công đoàn, Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Mỹ Bản Địa, các chương trình hỗ trợ thuốc điều trị Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (Acquired Immuno Deficiency Syndrom, AIDS), tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs) trả cho thuốc của quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là tổng toàn bộ số tiền thanh toán cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Trong đó bao gồm số tiền mà chương trình của chúng tôi đã chi trả và số tiền mà các chương trình hoặc tổ chức khác đã chi trả cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

Khi quý vị nhận thuốc thông qua chương trình, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt gọi là *Bản Giải Thích Quyền Lợi (Explanation of Benefits, EOB)*. Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB không phải là một hóa đơn. EOB chứa nhiều thông tin hơn về các loại thuốc quý vị dùng. EOB bao gồm:

- **Thông tin trong tháng**. Bản tóm tắt cho biết những loại thuốc quý vị đã nhận được trong tháng trước. Tài liệu này cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã trả cũng như số tiền quý vị và những người khác đã trả cho quý vị.
- **Tổng số tiền trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Phần này trình bày tổng chi phí thuốc và tổng số tiền 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 cho mỗi yêu cầu thanh toán toa thuốc có cùng số lượng.
- **Lựa chọn thay thế có chi phí thấp hơn**. Khi phù hợp, thông tin về các loại thuốc sẵn có khác với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi toa thuốc.

Chúng tôi cung cấp phạm vi bảo hiểm cho các loại thuốc không được Medicare đài thọ.

- 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 ở nhà thuốc đều được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không cần 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 của Medi-Cal theo số 1.800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm hiểu về những loại thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ, hãy tham khảo *Danh Sách Thuốc*.

B. Hướng dẫn cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc và các khoản thanh toán quý vị thực hiện, chúng tôi sử dụng hồ sơ nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Sau đây là cách quý vị có thể trợ giúp chúng tôi:

1. **Sử dụng Thẻ ID Hội Viên của quý vị.**

   Xuất trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị mỗi khi mua thuốc theo toa. Điều này giúp chúng tôi biết quý vị mua thuốc theo toa nào và số tiền quý vị thanh toán.

2. **Đảm bảo cung cấp cho chúng tôi thông tin cần thiết.**

   Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi. Quý vị có thể gửi bản sao biên lai đến địa chỉ gửi thư:

   Alameda Alliance Wellness
   Attn: Member Services
   1240 South Loop Road
   Alameda, CA 94502

   Sau đây là những ví dụ về trường hợp quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai:

   - Khi quý vị mua thuốc được đài thọ ở một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi
   - Khi quý vị thanh toán tiền đồng trả cho các loại thuốc mình nhận được theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
   - Khi quý vị mua thuốc được đài thọ ở một nhà thuốc ngoài mạng lưới

- Khi quý vị thanh toán toàn bộ giá thuốc được đài thọ trong những trường hợp đặc biệt

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi, 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 thực hiện cho quý vị.**

Các khoản thanh toán do một số cá nhân và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), Cơ Quan Y Tế cho Người Mỹ Bản Địa và hầu hết các tổ chức từ thiện đều 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 chi trả toàn bộ chi phí thuốc Medicare Phần D của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

4. **Kiểm tra các EOBs mà chúng tôi gửi cho quý vị.**

Khi quý vị nhận được EOB qua đường bưu điện, hãy đảm bảo rằng tài liệu này đã đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của từng nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày tháng. Hôm đó quý vị có mua thuốc không?
- **Quý vị có mua các loại thuốc được liệt kê không?** Chúng có khớp với nội dung trên biên lai của quý vị không? Thuốc có khớp với toa thuốc bác sĩ đã kê không?

Nếu quý vị phát hiện sai sót trong bản tóm tắt này thì sao?

Nếu có điều gì khó hiểu hoặc dường như không đúng trong EOB này, vui lòng gọi cho chúng tôi qua Dịch Vụ Hội Viên Alameda Alliance Wellness. Quý vị cũng có thể tìm thấy lời giải đáp cho nhiều thắc mắc trên trang mạng của chúng tôi: www.alamedaalliance.org/alliancewellness**.**

Còn về hành vi gian lận có thể xảy ra thì sao?

Nếu bản tóm tắt này trình bày các loại thuốc quý vị không dùng hoặc có bất kỳ điều gì khác khiến quý vị nghi ngờ, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Hãy gọi cho chúng tôi qua Dịch Vụ Hội Viên Alameda Alliance Wellness.

- Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến các số điện thoại miễn phí này.
- Nếu quý vị nghi ngờ một nhà cung cấp dịch vụ nhận Medi-Cal đã gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo bằng cách gọi đến số điện thoại miễn cước bảo mật 1-800-822-6222. Quý vị có thể tìm thấy các phương pháp báo cáo gian lận Medi-Cal khác tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị nghĩ có điều không đúng hoặc thiếu sót, hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên. Giữ lại các EOBs này. Chúng là hồ sơ quan trọng ghi lại chi phí thuốc của quý vị.

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc cho thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán cho phạm vi 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 phụ thuộc vào giai đoạn của quý vị khi mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Sau đây là hai giai đoạn:

Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	**Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương**
Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị sẽ trả phần của mình. Phần chia sẻ chi phí của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Quý vị bắt đầu ở giai đoạn này khi mua toa thuốc đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ chi trả toàn bộ chi phí thuốc của quý vị cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2026. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi đã thanh toán một số tiền tự trả nhất định.

C1. Chương trình của chúng tôi có (1) một bậc chia sẻ chi phí

Các bậc chia sẻ chi phí là nhóm thuốc có tiền đồng trả tương tự. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi đều thuộc một (1) bậc chia sẻ chi phí. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị, hãy tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

C2. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền chi trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

- một nhà thuốc trong mạng lưới, **hay**
- một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi đài thọ cho các thuốc theo toa được mua ở các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết trường hợp chúng tôi thực hiện điều đó.
- Nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện trong chương trình chúng tôi.

Tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị được thông báo rằng một loại thuốc sẽ không được đài thọ. Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc này, hãy tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này và *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

C3. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc đủ dùng dài hạn (còn gọi là "lượng thuốc kéo dài") khi mua thuốc theo toa. Lượng thuốc dài hạn là lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày. Quý vị sẽ phải chịu chi phí tương đương với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

Để biết thông tin chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn, hãy tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

C4. Số tiền quý vị phải trả

Quý vị có thể sẽ phải thanh toán tiền đồng trả khi mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được đài thọ của quý vị có thấp hơn tiền đồng trả, quý vị sẽ phải trả mức giá thấp hơn.

Liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu số tiền đồng trả của quý vị cho bất kỳ loại thuốc được đài thọ nào.

Hầu hết các loại thuốc quý vị mua ở nhà thuốc đều được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không cần toa (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 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng của Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

Phần chi phí của quý vị khi nhận lượng thuốc được đài thọ đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn từ:

	Một nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 30 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi** Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Một nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày	**Một nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày. Phạm vi bảo hiểm chỉ giới hạn ở một số trường hợp nhất định. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 Toàn Bộ Thuốc Phần D Được Đài Thọ	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị. Nếu không nhận được 'Trợ Giúp Bổ Sung', quý vị sẽ phải trả 25% tổng chi phí thuốc.	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị. Nếu không nhận được 'Trợ Giúp Bổ Sung', quý vị sẽ phải trả 25% tổng chi phí thuốc.	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị. Nếu không nhận được 'Trợ Giúp Bổ Sung', quý vị sẽ phải trả 25% tổng chi phí thuốc.	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị. Nếu không nhận được 'Trợ Giúp Bổ Sung', quý vị sẽ phải trả 25% tổng chi phí thuốc.

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp lượng thuốc đủ dùng dài hạn cho quý vị, hãy tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chương trình chúng tôi.

D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chúng tôi sẽ trả phần chia sẻ chi phí thuốc được đài thọ của quý vị và quý vị sẽ trả phần của mình. Phần chia sẻ chi phí của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc.

Các bậc chia sẻ chi phí là nhóm thuốc có tiền đồng trả tương tự. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi đều thuộc một (1) bậc chia sẻ chi phí. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị, hãy tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

- Thuốc bậc 1 có tiền đồng trả thấp nhất. Tiền đồng trả cho thuốc gốc dao động từ $0 đến $5.10, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị. Tiền đồng trả cho biệt dược và các loại thuốc khác dao động từ $0 đến $12.65, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị.

D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền chi trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, **hay**
- Một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi đài thọ cho các thuốc theo toa được mua ở các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết trường hợp chúng tôi thực hiện điều đó.
- Nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện trong chương trình chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn này, hãy tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này và *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D2. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc đủ dùng dài hạn (còn gọi là "lượng thuốc kéo dài") khi mua thuốc theo toa. Lượng thuốc dài hạn là lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày. Quý vị sẽ phải chịu chi phí tương đương với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

Để biết thông tin chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn, hãy tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chương trình chúng tôi.

D3. Số tiền quý vị phải trả

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, quý vị có thể sẽ phải thanh toán tiền đồng trả mỗi lần mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được đài thọ của quý vị có thấp hơn tiền đồng trả, quý vị sẽ phải trả mức giá thấp hơn.

Liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu số tiền đồng trả của quý vị cho bất kỳ loại thuốc được đài thọ nào.

Phần chi phí của quý vị khi nhận lượng thuốc được đài thọ đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn từ:

	Một nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi** Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Một nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày	**Một nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày. Phạm vi bảo hiểm chỉ giới hạn ở một số trường hợp nhất định. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Toàn Bộ Thuốc Phần D)	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị	$0/$1.60/$5.10 (Thuốc Gốc) $0/$4.90/$12.65 (Biệt dược/toàn bộ các loại thuốc khác) Tiền đồng trả cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào mức Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp lượng thuốc đủ dùng dài hạn cho quý vị, hãy tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D4. Kết Thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt mức $2,100. Vào thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương sẽ bắt đầu. Chúng tôi sẽ đài thọ toàn bộ chi phí thuốc của quý vị từ đó cho đến cuối năm.

Chúng tôi cung cấp các loại thuốc bổ sung được Medi-Cal Rx đài thọ mà thông thường không được Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Medicare đài thọ. Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này không được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

EOB giúp quý vị theo dõi số tiền thuốc quý vị đã thanh toán trong năm. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến giới hạn $2,100. Nhiều người không đạt đến mốc này trong vòng một năm.

E. Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Khi quý vị đạt đến giới hạn chi phí tự trả là $2,100 cho thuốc của mình, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương cho đến cuối năm theo lịch. Trong giai đoạn này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc Phần D được đài thọ.

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng

Thông thường, quý vị phải thanh toán tiền đồng trả để chi trả cho lượng thuốc được đài thọ đủ dùng trong một tháng. Tuy nhiên, bác sĩ có thể kê toa ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

- Có thể sẽ phát sinh một số trường hợp trong đó quý vị muốn hỏi bác sĩ về việc kê toa ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (ví dụ: ở lần đầu tiên quý vị thử dùng một loại thuốc).
- Nếu bác sĩ đồng ý, quý vị sẽ không phải thanh toán chi phí cho lượng đủ dùng trong một tháng của một số loại thuốc nhất định.

Khi quý vị mua thuốc với lượng thuốc đủ dùng trong dưới một tháng, số tiền quý vị phải trả sẽ dựa trên số ngày đủ dùng loại thuốc quý vị mua. Chúng tôi tính toán số tiền quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của mình (“mức giá chia sẻ chi phí hàng ngày”) và nhân với số ngày đủ dùng thuốc đó.

- Sau đây là một ví dụ: Giả sử tiền đồng trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (đủ dùng trong 30 ngày) của quý vị là $1.35. Tức là quý vị phải trả chưa đến $0.05 mỗi ngày cho thuốc của mình. Nếu quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong 7 ngày, số tiền quý vị phải trả là chưa đến $0.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày, vậy tổng số tiền phải trả là chưa đến $0.35.
- Khoản chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo loại thuốc đó có tác dụng trước khi thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp kê toa ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng để giúp quý vị:
    - Lên kế hoạch tốt hơn về thời điểm mua thêm thuốc,
    - Phối hợp mua thêm thuốc đó cùng với các loại thuốc khác đang dùng, **và**
    - Giảm số lần đến trực tiếp 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 coi là quyền lợi y tế và được đài thọ theo Medicare Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc của chúng tôi.* Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí cho quý vị hầu hết các vắc-xin Medicare Phần D dành cho người lớn. Tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chương trình hoặc liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm và khoản chia sẻ chi phí cho các loại vắc-xin cụ thể.

Phạm vi bảo hiểm vắc-xin Medicare Phần D của chúng tôi có hai phần:

1. Phần đầu tiên là chi phí cho **chính vắc-xin đó**.
2. Phần thứ hai là chi phí **cấp vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị có thể nhận được vắc-xin trong mũi tiêm do bác sĩ thực hiện.

G1. Điều quý vị cần biết trước khi tiếp nhận vắc-xin

Chúng tôi khuyến nghị quý vị nên gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu dự định tiếp nhận vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cung cấp thông tin về cách chương trình đài thọ cho vắc-xin của quý vị và giải thích về phần chia sẻ chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách giảm chi phí bằng cách sử dụng các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ hợp tác với chúng tôi để đảm bảo quý vị không phải chịu bất kỳ chi phí trả trước nào cho vắc-xin Medicare Phần D.

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 phụ thuộc vào loại vắc-xin (mục đích quý vị chủng ngừa).

- Một số vắc-xin được coi là có nhiều lợi ích cho sức khỏe hơn so với thuốc. Các vắc-xin này được đài thọ miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về phạm vi bảo hiểm của các vắc-xin này, hãy tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Các vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Quý vị có thể phải trả tiền đồng thanh toán cho vắc-xin Medicare Phần D. Quý vị sẽ được miễn phí nếu

vắc-xin đó được một tổ chức có tên là **Ủy Ban Cố Vấn về Thực Hành Chủng Ngừa (ACIP)** khuyến nghị dành cho người lớn.

Sau đây là ba cách thông dụng để quý vị có thể nhận được vắc-xin Medicare Phần D.

1. Quý vị sẽ nhận vắc-xin Medicare Phần D và được tiêm tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
   - Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí nào.
   - Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị phải thanh toán tiền đồng trả cho vắc-xin.
2. Quý vị sẽ nhận vắc-xin Medicare Phần D tại phòng khám của bác sĩ và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
   - Quý vị phải trả bác sĩ tiền đồng trả cho vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí tiêm cho quý vị.
   - Phòng khám của bác sĩ cần gọi cho chương trình của chúng tôi trong trường hợp này để chúng tôi có thể đảm bảo họ biết rằng quý vị chỉ phải thanh toán tiền đồng trả cho vắc-xin.
3. Quý vị nhận thuốc vắc-xin Medicare Phần D tại nhà thuốc và mang đến phòng khám của bác sĩ để được tiêm.
   - Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí nào cho bản thân vắc-xin.
   - Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị phải thanh toán tiền đồng trả cho vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí tiêm cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí trong hóa đơn mà quý vị đã nhận được đối với các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ

Phần Giới Thiệu

Chương này hướng dẫn quý vị cách thức và thời điểm gửi cho chúng tôi hóa đơn yêu cầu thanh toán. Chương này cũng hướng dẫn quý vị cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định về phạm vi bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 175

B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán 180

C. Quyết định về phạm vi bảo hiểm 181

D. Khiếu nại 181

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn đối với các dịch vụ hoặc thuốc trong mạng lưới. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe để thanh toán các dịch vụ và thuốc được đài thọ sau khi quý vị nhận được. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của Alameda Alliance Wellness gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị đối với những dịch vụ hoặc thuốc này. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp và bảo vệ quý vị trước bất kỳ khoản phí nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn đối với dịch vụ 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 **Chương 7, Phần B**.

- Nếu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc này, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc này và quý vị đã thanh toán, quý vị có quyền được hoàn lại số tiền đó.
    - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho quý vị.
- Nếu đã thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được bồi hoàn (hoàn tiền) nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
    - Dịch vụ mà quý vị nhận được là dịch vụ được Medi-Cal đài thọ mà chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không bồi hoàn cho dịch vụ không được Alameda Alliance Wellness đài thọ.
    - Quý vị đã nhận được dịch vụ được đài thọ sau khi trở thành hội viên Alameda Alliance Wellness hội đủ điều kiện.
    - Quý vị yêu cầu được hoàn tiền trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ được đài thọ.
    - Quý vị cung cấp bằng chứng về việc quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được đài thọ, chẳng hạn như biên lai chi tiết từ nhà cung cấp.
    - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ từ nhà cung cấp đã ghi danh tham

gia Medi-Cal trong mạng lưới Alameda Alliance Wellness. Quý vị không cần đáp ứng điều kiện này nếu đã nhận dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện không cần chấp thuận trước (cho phép trước).

- Quý vị cần cung cấp bằng chứng từ nhà cung cấp cho thấy nhu cầu y tế cần nhận dịch vụ được đài thọ, nếu dịch vụ được đài thọ đó thường yêu cầu phải chấp thuận trước (cho phép trước).

- Alameda Alliance Wellness sẽ cho quý vị biết về quyết định bồi hoàn qua một lá thư có tiêu đề là Thông Báo Quyết Định. Nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp đã ghi danh tham gia Medi-Cal sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Nếu nhà cung cấp từ chối hoàn tiền cho quý vị, Alameda Alliance Wellness sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu thanh toán. Nếu nhà cung cấp đã ghi danh tham gia Medi-Cal nhưng không thuộc mạng lưới của chúng tôi và từ chối hoàn tiền cho quý vị, Alameda Alliance Wellness sẽ hoàn tiền cho quý vị nhưng tối đa chỉ bằng số tiền Medi-Cal Tính Phí Theo Dịch Vụ (Fee For Service, FFS) sẽ chi trả. Alameda Alliance Wellness sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền chi phí tự trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà không cần chấp thuận trước. Nếu quý vị không đáp ứng một trong những điều kiện trên, chúng tôi sẽ không hoàn tiền cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ không hoàn tiền cho quý vị nếu:
    - Quý vị đã yêu cầu và nhận được các dịch vụ không được Medi-Cal đài thọ, chẳng hạn như các dịch vụ thẩm mỹ.
    - Dịch vụ đó không phải là dịch vụ được đài thọ của Alameda Alliance Wellness.
    - Quý vị thăm khám với một bác sĩ không tham gia Medi-Cal và quý vị đã ký tên vào biểu mẫu đồng ý rằng quý vị vẫn muốn được thăm khám và sẽ tự thanh toán cho các dịch vụ.

- Nếu chúng tôi không đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết.

Hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Nếu quý vị không biết mình lẽ ra phải trả bao nhiêu, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn mà không biết phải xử lý hóa đơn đó thế nào, chúng tôi có thể giúp quý vị. Quý vị cũng có thể gọi điện nếu quý vị muốn cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi trước đó.

Ví dụ về những tình huống khi quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị đã nhận bao gồm:

1. **Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới**

   Hãy yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí khi nhận dịch vụ, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.
   - Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán cho khoản thanh toán mà quý vị cho rằng mình không nợ. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.
     - Nếu cần thanh toán cho nhà cung cấp, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
     - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ Medicare, chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho quý vị.

2. **Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn cho quý vị**

   Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải gửi hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là quý vị phải xuất trình Thẻ ID Hội Viên khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào; tuy nhiên, đôi khi các nhà cung cấp trong mạng lưới có thể nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho dịch vụ hoặc trả nhiều hơn phần chi phí mà quý vị phải chịu. **Nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào**, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị **theo số điện thoại ở cuối trang này.**

   - Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, nên quý vị không phải chịu bất kỳ khoản chi phí nào. Các nhà cung cấp không được gửi hóa đơn cho quý vị đối với những dịch vụ này.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý vấn đề cho quý vị.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn do nhà cung cấp trong mạng lưới gửi đối với các dịch vụ được Medicare đài thọ, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện. Chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ.

3. Nếu quý vị được ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi với hiệu lực hồi tố

Đôi khi việc ghi danh tham gia chương trình của quý vị có thể có hiệu lực hồi tố. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của quý vị đã qua. Thậm chí có thể là từ năm ngoái.)

- Nếu quý vị được ghi danh hồi tố và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.
- Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.

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

Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa.

- Chúng tôi chỉ đài thọ cho các thuốc theo toa được mua ở các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một vài trường hợp. Hãy gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu hoàn tiền.
- Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Chúng tôi có thể sẽ không hoàn tiền cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền mà chúng tôi sẽ chi trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D vì quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tra cứu thông tin ghi danh tham gia chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ngay lập tức, quý vị có thể sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc quay lại nhà thuốc cùng với Thẻ ID Hội Viên của mình.
- Hãy gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu hoàn tiền.
- Chúng tôi có thể sẽ không hoàn tiền toàn bộ số tiền quý vị đã trả nếu giá tiền mặt mà quý vị đã trả cao hơn mức giá đã thương lượng của chúng tôi cho loại thuốc theo toa đó.

6. Khi quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D cho một loại thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì loại thuốc đó không được đài thọ.

- Loại thuốc đó có thể không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (*Danh Sách Thuốc*) trên trang mạng của chúng tôi, hoặc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế nào đó mà quý vị không biết hoặc không nghĩ rằng áp dụng cho mình. Nếu quý vị quyết định nhận thuốc, quý vị có thể sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không trả tiền thuốc mà cho rằng chúng tôi nên đài thọ cho thuốc đó, quý vị có thể yêu cầu quyết định về phạm vi bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này).
    - Nếu quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho rằng quý vị cần thuốc 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* này).
- Hãy gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu hoàn tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để hoàn tiền cho loại thuốc đó. Chúng tôi có thể sẽ không hoàn tiền toàn bộ số tiền quý vị đã trả nếu giá tiền mà quý vị đã trả cao hơn mức giá đã thương lượng của chúng tôi cho loại thuốc theo toa đó.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét và quyết định liệu dịch vụ hoặc thuốc đó có được đài thọ hay không. Đây được gọi là đưa ra “quyết định về phạm vi bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ hoặc thuốc đó được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán 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 cho chúng tôi yêu cầu thanh toán

Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện cho các dịch vụ Medicare hoặc gọi cho chúng tôi. Bằng chứng thanh toán có thể là bản sao tấm séc quý vị đã viết hoặc biên lai từ nhà cung cấp. **Quý vị nên giữ lại bản sao hóa đơn và biên lai để lưu trữ vào hồ sơ của mình.** Quý vị có thể nhờ điều phối viên chăm sóc của mình trợ giúp. Chúng tôi có thể bồi hoàn cho hội viên đối với các chi phí tự trả cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc được đài thọ trong vòng một (1) năm kể từ ngày nhận dịch vụ. Vui lòng gửi một lá thư yêu cầu bồi hoàn kèm theo hóa đơn chi tiết từ nhà thuốc, trong đó bao gồm các thông tin sau:

- Tên bệnh nhân
- Ngày nhận dịch vụ
- Tên thuốc
- Số Mã Thuốc Quốc Gia
- Mã số thuốc theo toa
- Số lượng
- Số ngày đủ thuốc dùng
- Số tiền yêu cầu

Lưu ý: Vui lòng không chỉ nộp biên lai thu ngân để yêu cầu bồi hoàn vì biên lai này không có đủ thông tin để chúng tôi thẩm định bồi hoàn.

- Theo quy định pháp luật, thuốc theo toa được mua ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ không hội đủ điều kiện được bồi hoàn theo chương trình Medicare Phần D.

Gửi qua đường bưu điện yêu cầu thanh toán chi phí thuốc, kèm theo mọi hóa đơn hoặc biên lai, đến địa chỉ sau:

PerformRx/Alameda Alliance Wellness
PO Box 516
Essington, PA 19029

Gửi qua đường bưu điện yêu cầu thanh toán chi phí y tế, kèm theo mọi hóa đơn hoặc biên lai, đến địa chỉ sau:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Grievance and Appeals
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Quý vị có thể liên hệ với Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối.

C. Quyết định về phạm vi bảo hiểm

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định liệu chương trình bảo hiểm sức khỏe 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, nếu có, mà quý vị phải trả.

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần quý vị cung cấp thêm thông tin.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc để được nhận, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã tự thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi qua thư cho quý vị một tấm séc hoàn tiền. Nếu quý vị đã tự trả toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể sẽ không được bồi hoàn toàn bộ số tiền đã trả (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn mức giá đã 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 tắc về việc nhận các dịch vụ được đài thọ. **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các quy tắc về việc nhận thuốc Medicare Phần D được đài thọ.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ lý do. Lá thư cũng sẽ giải thích quyền của quý vị trong việc nộp đơn khiếu nại.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định về phạm vi bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9**.

D. Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó. Đây được gọi là “nộp đơn khiếu nại”. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi thanh toán.

Quy trình khiếu nại chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu về khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viê*n này.

- Để nộp đơn khiếu nại về việc được hoàn tiền cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tham khảo **Phần F**.
- Để nộp đơn khiếu nại về việc được hoàn tiền cho thuốc, tham khảo **Phần G**.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới Thiệu

Chương này bao gồm nội dung về các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi. Chúng tôi phải tôn trọng quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 183

B. Our responsibility for your timely access to covered services and drugs 184

C. Our responsibility to protect your personal health information (PHI) 185

C2. Your right to look at your medical records 187

D. Our responsibility to give you information 188

E. Inability of network providers to bill you directly 189

F. Your right to leave our plan 189

G. Your right to make decisions about your health care 189

G1. Your right to know your treatment choices and make decisions 190

G2. Your right to say what you want to happen if you can't make health care decisions for yourself 190

G3. What to do if your instructions aren't followed 192

H. Your right to make complaints and ask us to reconsider our decisions 192

H1. What to do about unfair treatment or to get more information about your rights 192

I. Your responsibilities as a plan member 193

A. Quyền được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận, 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 dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền của mình trong mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau. Các dịch vụ này được cung cấp 24 giờ một ngày. Quý vị không cần phải nhờ thành viên trong gia đình hay bạn bè làm thông dịch viên. Chúng tôi không khuyến khích sử dụng trẻ vị thành niên làm thông dịch viên trừ trường hợp khẩn cấp. Để sử dụng dịch vụ thông dịch, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh như Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Trung, Tiếng Việt, Tiếng Tagalog và Tiếng Ba Tư cũng như ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư gửi tới địa chỉ:

  Alameda Alliance Wellness
  Attn: Member Services
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác Tiếng Anh hoặc bằng định dạng khác ngay bây giờ và trong tương lai, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi làm việc bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối.

- Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ lưu ngôn ngữ và định dạng ưu tiên của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai.
- Vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để cập nhật mọi tùy chọn.
- Để biết thêm thông tin về các dịch vụ bằng ngôn ngữ hoặc định dạng ưu tiên của quý vị, hãy xem **Chương 11** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề ngôn ngữ hay tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi cho:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

B. Trách nhiệm của chúng tôi giúp quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Quý vị có quyền với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

- Quý vị có quyền lựa chọn nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về các loại nhà cung cấp có thể đóng vai trò là PCP và cách lựa chọn PCP trong **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
  - Hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc vào *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp trong mạng lưới và các bác sĩ đang tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền thăm khám với bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ mà không cần có giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là ý kiến chấp thuận từ PCP của quý vị, cho phép sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được đài thọ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong khoảng thời gian hợp lý.
  - Trong đó bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ bác sĩ chuyên khoa.

- Nếu quý vị không thể nhận được dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.

- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ hoặc chăm sóc cấp cứu cần thiết khẩn cấp mà không cần chấp thuận trước (prior approval, PA).
- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chờ đợi lâu.
- Quý vị có quyền biết về thời điểm mình 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 tham gia chương trình lần đầu, quý vị có quyền tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại và các giấy ủy quyền dịch vụ trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số điều kiện nhất định. Để tìm hiểu thêm về cách tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp và các giấy ủy quyền dịch vụ của quý vị, hãy tham khảo **Chương 1** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Quý vị có quyền đưa ra quyết định về hoạt động chăm sóc sức khỏe của mình với trợ giúp từ đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc.

Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết những điều quý vị có thể thực hiện nếu cho rằng mình đang không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Tài liệu này cũng cho biết những điều quý vị có thể thực hiện nếu chúng tôi từ chối đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và 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 Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) của quý vị theo yêu cầu của luật liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị bao gồm thông tin cá nhân quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Trong đó cũng bao gồm hồ sơ bệnh án và các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền liên quan đến thông tin của mình và việc kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản trong đó chứa thông tin về các quyền này và lời giải thích về cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư”.

Các hội viên có thể đồng thuận nhận các dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải xin phép bất kỳ hội viên nào khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ nhạy cảm. Alameda Alliance Wellness sẽ chuyển thông tin trao đổi về các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hay số điện thoại thay thế được chỉ định của hội viên hoặc đến địa chỉ hay số điện thoại lưu trong hồ sơ theo tên hội viên nếu không có chỉ định nào. Alameda Alliance Wellness 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 có văn bản cho phép từ hội viên tiếp nhận dịch vụ chăm sóc. Alameda Alliance Wellness sẽ tạo điều kiện cho các yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu có thể dễ dàng cung cấp ở hình thức và định dạng được yêu cầu hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu của hội viên về thông tin trao đổi bảo mật liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên đó hủy bỏ yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về thông tin trao đổi bảo mật.

Để yêu cầu thông tin trao đổi bảo mật (riêng tư) về y tế, quý vị phải điền đầy đủ thông tin và gửi biểu mẫu có sẵn trên trang mạng của chúng tôi tại www://alamedaalliance.org/members/member-forms. Quý vị có thể gửi biểu mẫu qua đường bưu điện, fax hoặc email tới:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Member Services – Privacy Preferences
1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

Fax: 1.877.747.4504
Email: AAWMemberSupport@alamedaalliance.org

Nếu quý vị cần hỗ trợ đưa ra yêu cầu về thông tin trao đổi bảo mật, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại trên thẻ ID của mình.

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi thực hiện các bước hành động để đảm bảo không ai có thể truy cập hoặc thay đổi trái phép hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ những trường hợp được lưu ý dưới đây, chúng tôi sẽ không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không chăm sóc hoặc không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu cung cấp, trước tiên chúng tôi phải nhận được văn bản cho phép từ quý vị. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp để ra quyết định thay quý vị có thể cung cấp văn bản cho phép.

Đôi khi, chúng tôi không cần phải nhận được văn bản cho phép từ quý vị trước. Những trường hợp ngoại lệ sau đây được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu:

- Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho các cơ quan chính phủ thực hiện kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc của chương trình chúng tôi.

- Chúng tôi có thể tiết lộ PHI nếu tòa án ra phán lệnh, nhưng chỉ khi luật pháp California cho phép.

- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị cho mục đích nghiên cứu hoặc mục đích khác, họ sẽ thực hiện theo luật pháp liên bang. Nếu quý vị có cả bảo hiểm Medicare và Medi-Cal, chúng tôi có thể cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho Medi-Cal để phục vụ quý vị tốt hơn và cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Medi-Cal sẽ tiết lộ hoặc sử dụng thông tin của quý vị theo luật pháp liên bang, nếu có thực hiện. Trong trường hợp pháp luật yêu cầu, khi các đối tác kinh doanh làm việc với chúng tôi, họ cũng phải bảo vệ quyền riêng tư của mọi PHI mà chúng tôi chia sẻ với họ và không được phép cung cấp PHI cho các bên khác trừ khi được pháp luật và thông báo này cho phép.

Khi chia sẻ thông tin với Medi-Cal nhằm mục đích điều phối chăm sóc, giám sát chương trình hoặc quản lý, quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi không chia sẻ một số thông tin nhất định và yêu cầu cung cấp hồ sơ về thời điểm và đối tượng chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị. Để biết thêm chi tiết về quyền của quý vị và trách nhiệm của chúng tôi, vui lòng tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư.

C2. Quyền được xem hồ sơ bệnh án của quý vị

- Quý vị có quyền xem hồ sơ bệnh án của mình và nhận bản sao các hồ sơ đó. Alameda Alliance Wellness không lưu giữ hồ sơ bệnh án của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Nếu quý vị muốn xem xét hoặc lấy bản sao hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị cần hỗ trợ xem xét hoặc lấy hồ sơ, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929.

- Quý vị có quyền yêu cầu cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ bệnh án của mình. Vui lòng liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp của quý vị để thực hiện việc này. Nếu quý vị yêu cầu điều đó, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị để xác định xem có nên thực hiện thay đổi hay không.

- Quý vị có quyền biết liệu chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với các bên khác hay không và cách thức chia sẻ.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư đối với PHI của mình, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên để thảo luận hoặc yêu cầu cung cấp bản sao Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư.

D. Trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị của chúng tôi

Với tư cách là hội viên của chương trình, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình, nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được đài thọ.

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch để giải đáp mọi thắc mắc của quý vị về chương trình của chúng tôi. Để được bố trí thông dịch viên, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên. Đây là dịch vụ miễn phí dành cho quý vị. Quý vị có thể nhận miễn phí tài liệu cho hội viên bằng các ngôn ngữ khác, như Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Trung, Tiếng Việt, Tiếng Tagalog và Tiếng Ba Tư. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng định dạng bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ nội dung nào sau đây, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên:

- Cách lựa chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi bao gồm:
  - thông tin tài chính
  - đánh giá của hội viên chương trình về chúng tôi
  - số lượng khiếu nại mà các hội viên thực hiện
  - cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
  - cách lựa chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp chăm sóc chính
  - trình độ chuyên môn 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 của mình
- 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 thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này) được chương trình của chúng tôi đài thọ
  - các giới hạn đối với phạm vi bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc được đài thọ

- Lý do không đài thọ và những điều quý vị có thể thực hiện để xử lý vấn đề đó (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này), bao gồm cả việc yêu cầu chúng tôi:
  - cung cấp văn bản nêu rõ lý do không đài thọ
  - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
  - thanh toán cho hóa đơn quý vị nhận được

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể bắt buộc quý vị thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Họ cũng không thể lập hóa đơn số tiền chênh lệch hoặc tính phí quý vị nếu chúng tôi trả ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí. Để biết những điều cần thực hiện nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố tính phí quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

F. Quyền được 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 thông qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc Medicare Phần D từ một chương trình bảo hiểm thuốc hoặc từ một chương trình MA khác.
- Hãy 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 thuốc hoặc MA mới.
  - Để biết thông tin về cách quý vị sẽ nhận quyền lợi Medi-Cal nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quyền đưa ra quyết định về hoạt động chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền được nhận đầy đủ thông tin từ bác sĩ và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về hoạt động chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quyền được biết về các lựa chọn điều trị của quý vị và đưa ra quyết định

Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích về tình trạng và lựa chọn điều trị của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Biết về các lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các phương án điều trị.
- **Biết về các nguy cơ.** Quý vị có quyền được thông báo về mọi rủi ro liên quan. Chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị nếu bất kỳ dịch vụ hoặc phương pháp điều trị nào là một phần của một thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối các phương pháp điều trị thử nghiệm.
- **Nhận ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền sử dụng dịch vụ của một bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối mọi phương pháp điều trị. Trong đó bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên làm vậy. Quý vị có quyền ngừng dùng thuốc theo toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc theo toa, chúng tôi sẽ không loại quý vị khỏi chương trình của mình. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị phải chịu hoàn toàn trách nhiệm về những gì xảy ra với mình.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do tại sao nhà cung cấp từ chối dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi giải thích nếu nhà cung cấp dịch vụ từ chối dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho là mình nên nhận được.
- **Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc mà chúng tôi đã từ chối hoặc thường không đài thọ.** Đây được gọi là quyết định về phạm vi bảo hiểm. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này hướng dẫn cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm.

G2. Quyền được cho biết những điều quý vị muốn xảy ra nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân

Đôi khi mọi người không thể tự mình đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Lập một biểu mẫu bằng văn bản **trao cho người khác quyền đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị** trong trường hợp quý vị không còn khả năng tự mình đưa ra quyết định.

- **Cung cấp cho bác sĩ hướng dẫn bằng văn bản** về cách xử lý hoạt động chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không còn khả năng tự mình đưa ra quyết định, bao gồm cả hoạt động chăm sóc mà quý vị **không** muốn.

Tài liệu pháp lý quý vị sử dụng để đưa ra chỉ dẫn được gọi là "chỉ thị trước". Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và chung được gọi bằng nhiều tên khác nhau. Ví dụ: ý nguyện trị liệu và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc nhưng có thể lập chỉ thị trước. Sau đây là những việc cần thực hiện nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy biểu mẫu này từ bác sĩ, luật sư, nhân viên xã hội hoặc một số cửa hàng cung cấp văn phòng phẩm. Các nhà thuốc và phòng khám thường có sẵn biểu mẫu này. Quý vị có thể tìm biểu mẫu miễn phí trực tuyến và tải xuống. Quý vị cũng có thể liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu cung cấp biểu mẫu.
- **Điền thông tin và ký tên vào biểu mẫu.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Hãy cân nhắc nhờ một luật sư hoặc người khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP, giúp quý vị hoàn thành biểu mẫu.
- **Cung cấp bản sao biểu mẫu cho những người cần biết.** Cung cấp cho bác sĩ của quý vị một bản sao biểu mẫu. Quý vị cũng nên cung cấp một bản sao cho cá nhân mà quý vị chỉ định làm người ra quyết định thay quý vị nếu quý vị không thể. Quý vị nên cung cấp bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên gia đình. Lưu giữ một bản sao ở nhà.
- Nếu quý vị đang phải nhập viện và có chỉ thị trước đã ký, **hãy mang theo một bản sao đến bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị có biểu mẫu chỉ thị trước đã ký hay không và quý vị có mang theo tài liệu đó hay không.
    - Nếu quý vị không có biểu mẫu chỉ thị trước đã ký, bệnh viện có sẵn biểu mẫu đó và sẽ hỏi quý vị có muốn ký hay không.

Quý vị có quyền:

- Lưu giữ chỉ thị trước của mình trong hồ sơ bệnh án.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước của mình bất cứ lúc nào.

- Tìm hiểu về những thay đổi trong luật về chỉ thị trước. Alameda Alliance Wellness sẽ thông báo cho quý vị về những thay đổi trong luật của tiểu bang trong vòng 90 ngày sau khi có thay đổi.

Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc hoặc phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị có ký chỉ thị trước hay không. Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

G3. Điều cần thực hiện nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân theo

Nếu quý vị đã ký một chỉ thị trước và cho rằng một bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân theo các hướng dẫn trong đó, quý vị có thể gửi than phiền đến Commence Health (Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng của California) theo số 1.877.588.1123 (TTY: 711).

H. Quyền được gửi than phiền và yêu cầu chúng tôi tái xét quyết định của mình

Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết những điều quý vị có thể thực hiện nếu gặp bất kỳ vấn đề hoặc lo ngại nào về các dịch vụ hoặc chăm sóc được đài thọ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm, khiếu nại để thay đổi quyết định về phạm vi bảo hiểm hoặc gửi than phiền.

Quý vị có quyền nhận thông tin về các khiếu nại và than phiền mà các hội viên khác của chương trình đã gửi đối với chúng tôi. Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thông tin này.

H1. Điều cần thực hiện khi bị đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đối xử bất công với mình – và **không** phải là phân biệt đối xử vì những lý do được liệt kê trong **Chương 11** của *Cẩm Nang Hội Viên* này – hoặc nếu muốn biết thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể gọi cho:

- Ban Dịch Vụ Hội Viên.
- Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (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** (Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng).
- 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** (Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng).

Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số

1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Các Quyền và Biện Pháp Bảo Vệ theo Medicare” trên trang mạng 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 thực hiện những điều được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên.

- **Đọc *Cẩm Nang Hội Viên*** này để tìm hiểu những gì chương trình của chúng tôi đài thọ và các quy tắc cần tuân theo để nhận dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết chi tiết về:
  - Các dịch vụ được dài thọ, hãy tham khảo **Chương 3 và Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Những chương này sẽ cho quý vị biết những gì được đài thọ, những gì không được đài thọ, những quy tắc quý vị cần tuân theo và số tiền quý vị phải trả.
  - Thuốc được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 5 và Chương 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ phạm vi bảo hiểm** y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo quý vị sử dụng tất cả các lựa chọn về phạm vi bảo hiểm khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có phạm vi bảo hiểm khác.
- **Hãy cho bác sĩ và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe** khác biết rằng quý vị là hội viên của chương trình của chúng tôi. Xuất trình Thẻ ID Hội Viên khi quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc.
- **Giúp bác sĩ** và các nhà cung cấp 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. Tìm hiểu nhiều nhất có thể về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo chương trình và hướng dẫn điều trị mà quý vị và nhà cung cấp đã thống nhất.
  - Hãy đảm bảo rằng bác sĩ và các nhà cung cấp khác nắm rõ tất cả các loại thuốc quý vị dùng. Trong đây bao gồm thuốc, thuốc không cần toa, vitamin và thực phẩm bổ sung.

- Hãy đặt ra mọi thắc mắc quý vị có. Bác sĩ và các nhà cung cấp khác phải giải thích thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt ra thắc mắc và không hiểu lời giải đáp, hãy hỏi lại.

- **Làm việc với điều phối viên chăm sóc** bao gồm hoàn thành đánh giá nguy cơ sức khỏe hàng năm**.**

- **Hãy thể hiện thái độ ân cần.** Chúng tôi kỳ vọng tất cả hội viên của chương trình đều sẽ tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị hành động tôn trọng tại phòng khám của bác sĩ, bệnh viện và các phòng khám của nhà cung cấp khác.

- **Thanh toán số tiền còn nợ.** Với tư cách là hội viên của chương trình, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các khoản sau:

  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên Alameda Alliance Wellness, Medi-Cal sẽ chi trả 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 trả phần chia sẻ chi phí của mình khi nhận thuốc. Đây sẽ được gọi là tiền đồng trả (số tiền cố định). **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 trả toàn bộ chi phí.** (**Lưu ý:** Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không đài thọ cho một dịch vụ hoặc thuốc nhất định của chúng tôi, quý vị có thể khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để biết cách kháng cáo).

- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển đi.** Nếu quý vị dự định chuyển đi, hãy cho chúng tôi biết ngay lập tức. Gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên.

  - **Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị sẽ không thể tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nữa.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể trở thành hội viên của chương trình này. **Chương 1** của *Cẩm Nang Hội Viên* này cung cấp cho quý vị thông tin về khu vực dịch vụ của chúng tôi.

  - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không.

- Thông báo cho Medicare và Medi-Cal địa chỉ mới của quý vị khi chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
- **Nếu quý vị chuyển đi và vẫn ở trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần biết thông tin này.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và nắm được cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển đi, hãy thông báo cho Cơ Quan An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt).**

- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc có cách liên hệ tốt hơn.
- **Gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.**

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)

Giới thiệu

Chương này cung cấp thông tin về quyền lợi của quý vị. Hãy đọc chương này để biết quý vị cần làm gì nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc than phiền về chương trình.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình cho biết sẽ không chi trả.
- Quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình đưa ra về dịch vụ chăm sóc.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được đài thọ bị chấm dứt sớm hơn dự kiến.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền về dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ dài hạn, bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) và dịch vụ tại Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facility, NF).

Chương này được chia thành nhiều phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy thông tin cần thiết. **Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại, hãy đọc những phần phù hợp với tình huống của quý vị trong chương này.**

Quý vị có quyền nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc men và các dịch vụ cũng như hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị gặp vấn đề với dịch vụ chăm sóc, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số 1-888-452-8609 để được trợ giúp.** Chương này giải thích các lựa chọn khác nhau cho từng loại vấn đề và than phiền, nhưng quý vị luôn có thể gọi Chương Trình Thanh Tra để được hướng dẫn giải quyết vấn đề. Để biết thêm các nguồn hỗ trợ giải quyết mối lo ngại của quý vị và cách liên hệ, hãy tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc có lo ngại 197

A1. Về các thuật ngữ pháp lý 197

B. Nơi nhận hỗ trợ 197

B1. Để biết thêm thông tin và được trợ giúp 197

C. Hiểu về than phiền và khiếu nại liên quan đến Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 199

D. Vấn đề với quyền lợi của quý vị 199

E. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại 200

E1. Quyết định bảo hiểm 200

E2. Khiếu nại 201

E3. Trợ giúp liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại 201

E4. Phần nào trong chương này có thể giúp quý vị 202

F. Chăm sóc y tế 203

F1. Sử dụng phần này 203

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm 204

F3. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 207

F4. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 211

F5. Vấn đề thanh toán 217

G. Thuốc Medicare Phần D 219

G1. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại về Medicare Phần D 219

G2. Trường hợp ngoại lệ về Medicare Phần D 221

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ 222

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ 223

G5. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 226

G6. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 228

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn 230

H1. Tìm hiểu về các quyền lợi Medicare của quý vị 231

H2. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 232

H3. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 234

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định 235

I1. Thông báo trước khi phạm vi bảo hiểm của quý vị kết thúc 236

I2. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 236

I3. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 238

J. Nộp đơn khiếu nại sau Cấp 2 239

J1. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng Medicare 239

J2. Các cấp khiếu nại bổ sung về Medi-Cal 241

J3. Các cấp khiếu nại 3, 4 và 5 cho yêu cầu thuốc Medicare Phần D 241

K. Cách nộp đơn than phiền 243

K1. Những loại vấn đề nào nên được nộp đơn than phiền 243

K2. Than phiền nội bộ 245

K3. Than phiền bên ngoài 246

A. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và lo ngại. Quy trình thực hiện sẽ phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình riêng dành cho **quyết định bảo hiểm và khiếu nại**, sử dụng quy trình khác để **nộp đơn than phiền** (còn được gọi là phàn nàn).

Để đảm bảo công bằng và kịp thời, mỗi quy trình đều có các quy định, thủ tục và thời hạn mà cả chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Trong chương này có một số thuật ngữ pháp lý liên quan đến quy định và thời hạn. Nhiều thuật ngữ có thể khó hiểu, vì vậy chúng tôi sẽ dùng từ ngữ đơn giản thay cho một số thuật ngữ pháp lý khi có thể. Chúng tôi cũng hạn chế tối đa việc sử dụng chữ viết tắt.

Ví dụ, chúng tôi dùng từ:

- “Nộp đơn than phiền” thay vì “nộp đơn phàn nàn”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “quyết định về quyền lợi”, “quyết định về 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)

Nếu biết đúng thuật ngữ pháp lý sẽ giúp quý vị giao tiếp rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng cung cấp những từ này.

B. Nơi nhận hỗ trợ

B1. Để biết thêm thông tin và được trợ giúp

Đôi khi quý vị sẽ cảm thấy bối rối khi bắt đầu hoặc khi thực hiện quy trình xử lý vấn đề. Điều này đặc biệt đúng nếu quý vị cảm thấy không khỏe hoặc thiếu năng lượng. Cũng có lúc quý vị sẽ thiếu thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) Nhân viên tư vấn của HICAP có thể giải đáp thắc mắc và giúp quý vị hiểu rõ cần làm gì với vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP có đội ngũ

nhân viên tư vấn được đào tạo bài bản tại tất cả các quận và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal và nói chuyện với một người hỗ trợ về các câu hỏi liên quan đến phạm vi bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Họ cũng có thể cung cấp dịch vụ trợ giúp pháp lý miễn phí. Chương Trình Thanh Tra không liên kết với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-888-452-8609, trang mạng 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 được Medicare trợ giúp:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập trang mạng của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp từ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California.

Thanh Tra Viên Chương Trình 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 giúp quý vị. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề trong việc tham gia, thay đổi, hay rời khỏi một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển chỗ ở và gặp khó khăn trong việc chuyển Medi-Cal của quý vị sang quận mới. Quý vị có thể gọi cho Thanh Tra Viên từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

Hãy liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC) California để được trợ giúp. DMHC chịu trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC hỗ trợ quý vị khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề liên quan đến thanh toán. Số điện thoại của họ là 1-888-466-2219. Những người khiếm thính, khó nghe hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của DMHC 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 về chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767)** và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với ban này. Việc làm theo thủ tục phàn nàn này không ngăn cản bất cứ quyền hoặc

biện pháp khắc phục khả thi theo pháp luật nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần được trợ giúp về đơn phàn nàn liên quan đến một trường hợp cấp cứu, đơn phàn nàn chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc đơn phàn nàn vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được tiến hành IMR, quy trình IMR sẽ duyệt xét công bằng các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định bảo hiểm cho phương pháp điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và những tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và một đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web www.dmhc.ca.gov của sở cung cấp các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Hiểu về than phiền và khiếu nại liên quan đến 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 theo Medicare và Medi-Cal của quý vị. Điều này đôi khi được gọi là “quy trình tích hợp” vì nó kết hợp, hay còn gọi là tích hợp, các quy trình của Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi các quy trình của Medicare và Medi-Cal không thể được kết hợp. Trong những trường hợp đó, quý vị sẽ sử dụng một quy trình cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác cho quyền lợi Medi-Cal. **Phần F4** giải thích các tình huống này.

D. Vấn đề với quyền lợi của quý vị

Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại, hãy đọc những phần phù hợp với tình huống của quý vị trong chương này. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm đúng mục của chương này cho các vấn đề hoặc than phiền.

Vấn đề hoặc lo ngại của quý vị có liên quan đến quyền lợi hay phạm vi bảo hiểm không? Điều này bao gồm các vấn đề về dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể (vật dụng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc Phần B) có được đài thọ hay không, cách chúng được đài thọ và các vấn đề về việc thanh toán chi phí chăm sóc y tế.	
Có. Vấn đề của tôi có liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm. Tham khảo **Phần E,** "Quyết định bảo hiểm và khiếu nại".	**Không.** Vấn đề của tôi không liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm. Tham khảo **Phần K**, "Cách nộp đơn than phiền".

E. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và khiếu nại sẽ giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm cho 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 vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc Phần B là chăm sóc y tế**.**

E1. Quyết định bảo hiểm

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hay thuốc của quý vị. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ có thể chưa rõ về việc chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc chúng tôi có thể từ chối cung cấp dịch vụ y tế mà quý vị cho là cần thiết hay không. **Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.**

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm khi duyệt xét một 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 thuốc không được đài thọ hoặc không còn được đài thọ bởi Medicare hoặc Medi-Cal của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại.

E2. Khiếu nại

Nếu chúng tôi đã đưa ra một quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định đó, quý vị có thể "khiếu nại" quyết định. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi duyệt xét lại và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị khiếu nại quyết định lần đầu, quy trình đó được gọi là Khiếu Nại Cấp 1. Trong lần khiếu nại này, chúng tôi sẽ duyệt xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng các quy định hay không. Việc xử lý khiếu nại của quý vị sẽ do người duyệt xét khác thực hiện, 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 ngay lập tức và nghiêm trọng đến sức khỏe, hoặc nếu quý vị đang bị đau dữ dội và cần một quyết định nhanh hơn, quý vị có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa IMR từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

Khi chúng tôi hoàn tất việc duyệt xét, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định. Trong một số trường hợp nhất định, được giải thích sau trong chương này (Tham khảo **Phần F2**), quý vị có thể yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "khiếu nại nhanh" một quyết định bảo hiểm.

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. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ y tế Medicare, lá thư này sẽ cho biết rằng 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 liên quan đến phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng Medicare Phần D hoặc Medi-Cal, lá thư này sẽ hướng dẫn quý vị cách tự nộp Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định của Khiếu Nại Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục qua các cấp khiếu nại cao hơn.

E3. Trợ giúp liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ nguồn nào sau đây:

- **Ban Dịch Vụ Hội Viên** theo các số điện thoại ở cuối trang.
- **Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.**
- **Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.
- **Trung Tâm Hỗ Trợ thuộc Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC hỗ trợ quý vị khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal

hoặc các vấn đề liên quan đến thanh toán. Số điện thoại của họ là 1-888-466-2219. Những người khiếm thính, khó nghe hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của DMHC www.dmhc.ca.gov. Mặc dù DMHC có thể trợ giúp những người tham gia chương trình Medi-Cal Có Quản Lý, nhưng không thể trợ giúp những người chỉ tham gia chương trình Medicare và những người tham gia các Hệ Thống Y Tế Có Tổ Chức của Quận (County Organized Health Systems, COHS) sau đây: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health và CalOptima. Chính phủ liên bang quản lý các chương trình Medicare, Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe quản lý các chương trình COHS.

- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác**. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại thay mặt quý vị.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. Quý vị có thể chỉ định một người khác làm "người đại diện" cho mình và yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn khiếu nại.
- **Luật sư**. Quý vị có quyền có luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.
    - Hãy gọi cho luật sư của quý vị, hoặc tìm tên của luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện.
    - Hãy yêu cầu luật sư trợ giúp pháp lý từ Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Hãy điền vào mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện nếu quý vị muốn một luật sư hoặc người khác làm người đại diện cho quý vị. Mẫu đơn này cho phép một người nào đó hành động thay mặt quý vị.

Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu mẫu đơn "Chỉ Định Người Đại Diện". Quý vị cũng có thể tải xuống mẫu đơn từ trang mạng www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký.**

E4. Phần nào trong chương này có thể giúp quý vị

Có bốn tình huống liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Mỗi tình huống có quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi trình bày chi tiết về từng tình huống trong từng mục riêng của chương này. Hãy tham khảo mục phù hợp:

- **Phần F**, “Chăm sóc y tế”
- **Phần G**, “Thuốc Medicare Phần D”
- **Phần H**, “Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn”
- **Phần I**, “Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định” (Phần 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 quý vị không chắc chắn nên sử dụng mục nào, hãy gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang. Tham khảo Chương 2, Phần C để biết thêm thông tin.

F. Chăm sóc y tế

Phần này giải thích những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Để biết thông tin về việc yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn, vui lòng tham khảo **Phần H**.

Phần này đề cập đến các quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này trong biểu đồ quyền lợi. Trong một số trường hợp, các quy định khác nhau có thể áp dụng cho thuốc Medicare Phần B. Khi đó, chúng tôi sẽ giải thích sự khác biệt giữa các quy định về thuốc Medicare Phần B với các quy định về dịch vụ và vật dụng y tế.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích những việc quý vị có thể làm trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ rằng chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cần nhưng không nhận được.

   Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Tham khảo **Phần F2**.

2. Chúng tôi đã không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị, nhưng quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên chấp thuận.

   Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Phần F3**.

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi đài thọ, nhưng chúng tôi lại không chi trả.

   Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể khiếu nại quyết định không chi trả của chúng tôi. Tham khảo **Phần F5**.

4. Quý vị đã nhận dịch vụ và đã thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi đài thọ, và quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.

   Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Tham khảo **Phần F5**.

5. Chúng tôi đã giảm hoặc ngừng phạm vi bảo hiểm của quý vị đối với một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, và quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

   Những 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 **Phần F4**.

   - Nếu phạm vi bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ CORF, các quy tắc đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Phần H** hoặc **Phần I** để tìm hiểu thêm.

   - Đối với tất cả các trường hợp khác liên quan đến việc giảm hoặc ngừng phạm vi bảo hiểm của quý vị đối với một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, hãy xem hướng dẫn tại phần này (**Phần F**).

6. Quý vị đang gặp phải sự chậm trễ trong dịch vụ chăm sóc hoặc quý vị không thể tìm bác sĩ.

   Những việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Phần 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 của tổ chức tích hợp**.

Quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bằng cách:

- gọi điện thoại: 1.855.891.9161, TTY: 1.800.735.2929.

- gửi fax: 1.855.891.7174.
- gửi thư: Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn

Khi chúng tôi đưa ra quyết định cho quý vị, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng**:**

- **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về dịch vụ hoặc vật dụng y tế tuân theo các quy định 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 **về tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng y tế khác.**
- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về **thuốc Medicare Phần B**.

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 cần phản hồi nhanh chóng, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng:

- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về dịch vụ và vật dụng y tế.**
- **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về thuốc Medicare Phần B.**

Để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu phạm vi bảo hiểm cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **đã không nhận được**. Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về khoản thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận được.
- Việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn **có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe** hoặc ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ của quý vị cho biết đó là điều cần thiết đối với tình trạng sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có nhận được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ điều đó và chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay thế. Lá thư cho quý vị biết:
    - Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
    - Cách quý vị có thể nộp "than phiền nhanh" về quyết định của chúng tôi trong việc đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Phần 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 **Từ chối**, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, việc khiếu nại là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi duyệt xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định.
- Nếu quý vị quyết định khiếu nại, quý vị sẽ thực hiện theo Cấp 1 của quy trình khiếu nại (tham khảo **Phần F3**).

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm, nghĩa là chúng tôi sẽ không duyệt xét yêu cầu đó. Các ví dụ về trường hợp bác bỏ yêu cầu bao gồm:

- nếu yêu cầu không đầy đủ,
- nếu ai đó đưa ra yêu cầu thay mặt quý vị nhưng không được pháp luật cho phép, **hoặc**
- nếu quý vị đề nghị chúng tôi rút lại yêu cầu.

Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách đề nghị duyệt xét lại việc bác bỏ. Việc duyệt xét này được gọi là khiếu nại. Khiếu nại sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.

F3. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1

Để bắt đầu khiếu nại, quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Hãy gọi cho chúng tôi theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929 và Đường Dây Tiếp Âm California theo số 711.

Hãy yêu cầu khiếu nại tiêu chuẩn hoặc khiếu nại nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767) Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929 và Đường Dây Tiếp Âm California theo số 711.

- Nếu bác sĩ hoặc người kê đơn khác yêu cầu tiếp tục một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được trong quá trình khiếu nại, quý vị có thể cần chỉ định họ làm người đại diện để hành động thay mặt quý vị.
- Nếu người tiến hành khiếu nại thay quý vị không phải là bác sĩ của quý vị, hãy gửi kèm mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện để ủy quyền cho người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể tải xuống mẫu đơn từ trang mạng www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại mà không cần mẫu đơn, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất việc duyệt xét nếu chưa nhận được mẫu đơn. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trước thời hạn ra quyết định về khiếu nại của quý vị:
    - Chúng tôi bác bỏ yêu cầu của quý vị, và
    - Chúng tôi gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích quyền của quý vị trong việc yêu cầu IRO duyệt xét lại quyết định bác bỏ khiếu nại.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư thông báo về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn và có lý do chính đáng, chúng tôi có thể gia hạn thời gian khiếu nại cho quý vị. Ví dụ về lý do chính đáng bao gồm những trường hợp như quý vị bị bệnh nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Khi nộp đơn khiếu nại, hãy giải thích lý do tại sao khiếu nại của quý vị bị trễ hạn.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin về khiếu nại của quý vị. Quý vị và bác sĩ cũng có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

Nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

> Thuật ngữ pháp lý cho "khiếu nại nhanh" là **"tái xét cấp tốc".**

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi về phạm vi bảo hiểm chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu khiếu nại nhanh.

Chúng tôi tự động đưa ra dịch vụ khiếu nại nhanh nếu bác sĩ của quý vị cho biết đó là điều cần thiết đối với tình trạng sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có nhận được khiếu nại nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận được khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ điều đó và chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay thế. Lá thư cho quý vị biết:
    - Chúng tôi tự động đưa ra dịch vụ khiếu nại nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
    - Cách quý vị có thể nộp "than phiền nhanh" về quyết định của chúng tôi trong việc đưa ra dịch vụ khiếu nại tiêu chuẩn thay vì khiếu nại nhanh. Để biết thêm thông tin về than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong quá trình khiếu nại.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng phạm vi bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị nhận được, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện hành động.
- 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 dụng đó nếu quý vị yêu cầu Khiếu Nại Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày dự kiến có hiệu lực của hành động, tùy theo ngày nào muộn hơn.
    - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật dụng đó mà không có thay đổi nào trong khi đơn Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị đang chờ xử lý.

- Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng trong khiếu nại của quý vị) mà không có thay đổi nào.
- Nếu quý vị không khiếu nại trước những ngày này, dịch vụ hoặc vật dụng của quý vị sẽ không được tiếp tục trong khi quý vị chờ quyết định khiếu nại.

Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời.

- Khi xem xét đơn khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét lại cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy định khi **Từ chối** yêu cầu của quý vị hay chưa.
- Chúng tôi thu thập thêm thông tin nếu cần. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Khiếu nại nhanh có áp dụng thời hạn.

- Khi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng **72 giờ sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần được phản hồi nhanh hơn**. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần điều đó.
  - Nếu chúng tôi không đưa ra câu 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 duyệt xét đơn khiếu nại. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ giới thiệu cho quý vị về tổ chức này và giải thích quy trình Khiếu Nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phạm vi bảo hiểm của một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid, quý vị có thể tự nộp đơn Cấp 2 – Điều Trần Cấp Tiểu Bang lên tiểu bang ngay khi hết thời hạn. Tại California, Điều Trần Tiểu Bang được gọi là Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Để nộp đơn yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy tham khảo mục Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong Cẩm Nang Hội Viên này, nếu cần.
- **Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được khiếu nại của quý vị, hoặc sớm hơn nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị.
- **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 tiến hành Khiếu Nại Cấp 2.

Khiếu nại tiêu chuẩn có áp dụng thời hạn.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, 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 phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ quý vị đã không nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Phần B mà quý vị đã không nhận được, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị.
    - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị đúng thời hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO sẽ duyệt xét đơn khiếu nại. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ giới thiệu cho quý vị về tổ chức này và giải thích quy trình Khiếu Nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phạm vi bảo hiểm của một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid, quý vị có thể tự nộp đơn Cấp 2 – Điều Trần Cấp Tiểu Bang lên tiểu bang ngay khi hết thời hạn. Tại California, Điều Trần Tiểu Bang được gọi là Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Để nộp đơn yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy tham khảo mục Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong Cẩm Nang Hội Viên này, nếu cần.

Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị, hoặc nhanh nhất có thể tùy 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 chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **quý vị sẽ có thêm quyền khiếu nại:**

- 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.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng Medicare, lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị cho IRO để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal, lá thư này sẽ hướng dẫn quý vị cách tự nộp Khiếu Nại Cấp 2.

F4. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư. Lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình có thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó hay không.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng 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 khi hoàn tất Khiếu Nại Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà **Medi-Cal** thường đài thọ, quý vị có thể tự nộp Khiếu Nại Cấp 2. Lá thư sẽ hướng dẫn cách thực hiện. Chúng tôi cũng cung cấp thêm thông tin ở phần sau của chương này.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà **cả Medicare và Medi-Cal** đều có thể đài thọ, quý vị sẽ tự động được Khiếu Nại Cấp 2 với IRO. Ngoài Khiếu Nại Cấp 2 tự động, quý vị cũng có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang và Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập với tiểu bang. Tuy nhiên, Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập không thể được cung cấp nếu quý vị đã trình bày bằng chứng trong phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện tiếp tục hưởng quyền lợi khi đã nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang khiếu nại cũng có thể tiếp tục trong quá trình Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Phần F3** để biết thông tin về việc tiếp tục hưởng quyền lợi trong quá trình Khiếu Nại Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ thường chỉ được Medicare đài thọ, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình Khiếu Nại Cấp 2 với IRO.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal đài thọ, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicare thường đài thọ

IRO sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị. Đây là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.

> Tên chính thức của Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (IRO) là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập**, đôi khi được gọi là **IRE**.

- Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về khiếu nại của quý vị ("hồ sơ vụ việc" của quý vị) đến tổ chức này. Quý vị có quyền được nhận một bản sao miễn phí của hồ sơ vụ việc của quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thêm thông tin cho IRO để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.
- Những người duyệt xét tại IRO sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị đã được khiếu nại nhanh ở Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ được khiếu nại nhanh ở Cấp 2.

- Nếu quý vị đã được khiếu nại nhanh với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động được khiếu nại nhanh ở Cấp 2. IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được khiếu nại.

Nếu quý vị đã được khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 1 thì quý vị cũng được khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Nếu quý vị đã được khiếu nại tiêu chuẩn với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động được khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một loại thuốc Medicare Phần B, IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại.

Nếu IRO trả lời bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định:
  - Ủy quyền bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ, hoặc**
  - Cung cấp dịch vụ trong vòng **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn, 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 về thuốc Medicare Phần B, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp thuốc Medicare Phần B đang tranh chấp:**
    - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
    - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO Từ chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về phạm vi bảo hiểm chăm sóc y tế. Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối khiếu nại của quý vị".
    - Nếu vụ việc của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị có thể chọn 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 để tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị phải quyết định có chuyển sang Cấp 3 và nộp đơn khiếu nại lần thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện việc này có trong văn bản thông báo quý vị nhận được sau khi Khiếu Nại Cấp 2.
    - Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà Medi-Cal thường đài thọ

Có hai cách để nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 đối với các dịch vụ và vật dụng Medi-Cal: (1) Nộp đơn than phiền hoặc Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập hoặc (2) Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

(1) Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu 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 duyệt xét quyết định của chúng tôi. DMHC sẽ tự điều tra than phiền của quý vị hoặc quyết định xem trường hợp của quý vị có đủ điều kiện cho IMR hay không. IMR có thể được áp dụng cho bất kỳ dịch vụ hoặc vật dụng nào có tính chất y tế được Medi-Cal đài thọ. IMR là quá trình duyệt xét trường hợp của quý vị bởi các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng

tôi và không thuộc DMHC. Nếu IMR quyết định thuận lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị yêu cầu. Quý vị không cần 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 một dịch vụ hoặc việc điều trị theo Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi xác định rằng điều này không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không đài thọ một dịch vụ điều trị Medi-Cal có tính thực nghiệm hoặc điều tra nghiên cứu cho một bệnh trạng nghiêm trọng.
- Tranh chấp về việc dịch vụ hoặc thủ thuật phẫu thuật có tính chất thẩm mỹ hoặc tái tạo hay không.
- Sẽ không thanh toán dịch vụ Medi-Cal cấp cứu hoặc khẩn cấp mà quý vị đã nhận.
- Chưa giải quyết Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị về dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với khiếu nại tiêu chuẩn hoặc 72 giờ, hoặc sớm hơn, nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, 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 **Phần F3** để biết thêm 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 than phiền lên DMHC hoặc yêu cầu Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC thực hiện IMR.

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 với chúng tôi trước khi có thể nộp đơn IMR Cấp 2 lên Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý, trừ khi đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến mối đe dọa sắp xảy ra và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở đau dữ dội, nguy cơ tử vong, mất chi hoặc mất chức năng cơ thể quan trọng.

Quý vị có thể yêu cầu IMR và Điều Trần Cấp Tiểu Bang, nhưng quý vị không được phép tham gia IMR nếu quý vị đã trình bày bằng chứng tại phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc đã tham gia Điều Trần Cấp Tiểu Bang về cùng một vấn đề.

Nếu dịch vụ điều trị của quý vị bị từ chối vì mang tính thực nghiệm hoặc điều tra, quý vị không cần phải tham gia quy trình khiếu nại của chúng tôi trước khi yêu cầu IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị bị đau dữ dội, quý vị có thể báo cáo ngay cho DMHC mà không cần thông qua quy trình khiếu nại của chúng tôi.

Quý vị phải **đăng ký IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về đơn khiếu nại của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng nếu có lý do chính đáng, chẳng hạn như quý vị có tình trạng sức khỏe khiến quý vị không thể yêu cầu 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:

- Hãy điền vào Mẫu đơn IMR/Than phiền có sẵn 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 vui lòng gọi số 1-877-688-9891.
- Nếu có, hãy đính kèm bản sao thư từ hoặc tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi đã từ chối. Việc này có thể đẩy nhanh quy trình IMR. Vui lòng gửi bản sao tài liệu, không gửi bản gốc. Trung Tâm Hỗ Trợ không thể trả lại bất kỳ tài liệu nào.
- Hãy điền vào Mẫu đơn Người hỗ trợ được Ủy quyền nếu có người hỗ trợ quý vị trong quy trình IMR. Quý vị có thể tải mẫu đơn này tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-688-9891.
- Gửi Mẫu đơn IMR/Than phiền và tài liệu đính kèm cho DMHC:
  Gửi trực tuyến: https://wpso.dmhc.ca.gov/imrcomplaint/?c=1&lang=en

  Gửi qua đường bưu điện hoặc fax:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Trong vòng 7 ngày, DMHC sẽ xem xét đơn đăng ký của quý vị và gửi cho quý vị thư xác nhận đã nhận. Nếu DMHC xác định trường hợp đủ điều kiện cho IMR, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày sau khi nhận được tất cả các tài liệu cần thiết.

Nếu trường hợp của quý vị là khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện cho IMR, quyết định IMR thường sẽ được đưa ra trong vòng 7 ngày sau khi nhận được tất cả các tài liệu cần thiết.

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả 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 của chương trình bảo hiểm sức khỏe, điều quan trọng là quý vị phải nhận và gửi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó cho chúng tôi. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị được yêu cầu nhận bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định trường hợp của quý vị không đủ điều kiện cho IMR, DMHC sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị thông qua quy trình than phiền thông thường của người tiêu dùng. Than phiền của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn đã hoàn thành. Nếu đó là than phiền khẩn cấp thì sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang về các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal đài thọ. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu một dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã có và chúng tôi từ chối đơn Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị có 120 ngày để yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi thông báo “Thư Quyết định Khiếu nại” được gửi đến quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang vì chúng tôi đã thông báo rằng một dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc ngừng, **quý vị sẽ có ít ngày hơn để gửi yêu cầu** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị đang chờ xử lý. Vui lòng đọc mục “Quyền lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian Khiếu Nại Cấp 2 không” ở trang 209 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang:

1. Quý vị có thể điền vào mẫu "Yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang" ở mặt sau của thông báo quyết định. Quý vị nên cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu, chẳng hạn như họ tên đầy đủ, địa chỉ, số điện thoại, tên chương trình hoặc quận đã đưa ra quyết định bất lợi cho quý vị, (các) chương trình hỗ trợ liên quan và lý do chi tiết tại sao quý vị muốn được điều trần. Sau đó, quý vị có thể gửi yêu cầu theo một trong những cách sau:

    - Đến sở phúc lợi quận theo địa chỉ được ghi trên thông báo.
    - Đến Sở Dịch Vụ Xã Hội California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- Đến Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo số fax 916-309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903.

2. Quý vị có thể gọi cho Sở Dịch Vụ Xã Hội California theo số 1-800-743-8525. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, quý vị nên lưu ý rằng đây là đường dây điện thoại được rất nhiều người gọi đến.

Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế**,** chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng đó **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của họ.

- Nếu Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về phạm vi bảo hiểm chăm sóc y tế. Điều này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối khiếu nại của quý vị”.

Nếu quyết định IRO hoặc Điều Trần Cấp Tiểu Bang là **Không** đối với toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị sẽ có thêm quyền khiếu nại.

Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị đã được gửi đến **IRO**, quý vị chỉ có thể khiếu nại lại nếu giá trị số tiền của dịch vụ hoặc vật dụng quý vị muốn đạt đến một số tiền tối thiểu nhất định. ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. **Lá thư quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có.**

Lá thư quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ mô tả tùy chọn khiếu nại tiếp theo.

Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về quyền khiếu nại sau Cấp 2.

F5. Vấn đề thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ và vật dụng được đài thọ. Điều này vẫn đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn mức phí mà nhà cung cấp tính cho một dịch vụ hoặc vật dụng được đài thọ. Quý vị không bao giờ bị yêu cầu thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất quý vị cần thanh toán là khoản tiền đồng trả cho *các loại thuốc yêu cầu tiền đồng trả*.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn nhiều hơn khoản tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và vật dụng được đài thọ, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Đừng tự thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý vấn đề cho quý vị. Nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được hoàn lại tiền từ chương trình của chúng tôi nếu quý vị tuân thủ các quy định để nhận dịch vụ hoặc vật dụng.

Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Trong đó mô tả các tình huống khi quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng hướng dẫn cách gửi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu được hoàn lại tiền, quý vị đang yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đã thanh toán có được đài thọ hay không và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định sử dụng phạm vi bảo hiểm hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đã thanh toán được đài thọ và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán dịch vụ hoặc vật dụng cho nhà cung cấp của quý vị, thường là 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. Sau đó, nhà cung cấp của quý vị sẽ gửi khoản thanh toán cho quý vị.

- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán, điều đó đồng nghĩa với việc **Đồng ý** với yêu cầu quyết định bảo hiểm.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng không được đài thọ hoặc quý vị không tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó và giải thích lý do.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn khiếu nại.** Hãy làm theo quy trình khiếu nại được mô tả ở **Phần F3**. Khi quý vị làm theo các hướng dẫn này, hãy lưu ý:

- Nếu quý vị khiếu nại yêu cầu chúng tôi hoàn tiền, chúng tôi phải trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ chối** khiếu nại của quý vị và **Medicare** thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị đến IRO. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị nếu điều này xảy ra.

- Nếu IRO thay đổi quyết định của chúng tôi và yêu cầu chúng tôi phải trả tiền 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 chúng tôi **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình khiếu nại sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp 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 thư giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu chúng tôi **Từ chối** khiếu nại của quý vị và Medi-Cal thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, quý vị có thể tự nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc Medicare Phần D

Quyền lợi của quý vị khi là hội viên chương trình của chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc. Hầu hết trong số này là thuốc Medicare Phần D. Có một số loại thuốc mà Medicare Phần D không đài thọ nhưng Medi-Cal có thể đài thọ. **Phần này chỉ áp dụng cho các khiếu nại về thuốc Medicare Phần D.** Trong phần còn lại của mục này, có lúc chúng tôi sẽ dùng từ "thuốc" thay vì luôn dùng từ "thuốc Medicare Phần D". Đối với các loại thuốc chỉ được Medi-Cal đài thọ, hãy làm theo quy trình trong **Phần E**.

Để được đài thọ, thuốc phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều đó có nghĩa là thuốc đó đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

G1. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại về Medicare Phần D

Sau đây là các ví dụ về quyết định bảo hiểm mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra liên quan đến thuốc Medicare Phần D:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
    - Đài thọ cho thuốc Medicare Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc

  - Xóa bỏ một hạn chế trong phạm vi bảo hiểm của chúng tôi đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số tiền quý vị có thể nhận được)

- Quý vị hỏi chúng tôi rằng 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 thuốc đó trước khi đài thọ)

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị thông báo rằng toa thuốc của quý vị không thể được bán theo đúng toa, nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

> Quyết định bảo hiểm ban đầu về 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 quý vị đã mua. Đây là yêu cầu quyết định bảo hiểm về khoản thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Phần này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách nộp đơn khiếu nại. Hãy xem biểu đồ bên dưới để hiểu rõ hơn.

Quý vị đang gặp phải tình huống nào sau đây?			
Quý vị cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi bỏ qua một quy tắc hoặc hạn chế đối với loại thuốc mà chúng tôi đài thọ.	Quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị nghĩ rằng mình đáp ứng các quy tắc hoặc hạn chế của chương trình (chẳng hạn như được chấp thuận trước) cho loại thuốc quý vị cần.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho loại thuốc mà quý vị đã mua và đã thanh toán.	Chúng tôi đã nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ không đài thọ hoặc thanh toán cho loại thuốc đó theo cách quý vị muốn.

Quý vị đang gặp phải tình huống nào sau đây?			
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.) Bắt đầu với **Phần G2**, sau đó tham khảo **Phần G3 và G4**.	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.** Tham khảo **Phần G4**.	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.) Tham khảo **Phần G4**.	**Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại.** (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Tham khảo **Phần G5**.

G2. Trường hợp ngoại lệ về Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không đài thọ cho một loại thuốc theo cách quý vị mong muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra "trường hợp ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ.

> Việc yêu cầu phạm vi bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc".**

Sau đây là một số ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra:

1. **Đài thọ cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi**
   - Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra ngoại lệ và đài thọ cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, quý vị sẽ phải trả khoản tiền đồng trả áp dụng cho thuốc biệt dược **hoặc** thuốc gốc.
   - Quý vị không thể được miễn trừ khoản tiền đồng trả bắt buộc cho loại thuốc đó.

2. Xóa bỏ hạn chế đối với thuốc được đài thọ

- Các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin).
- Các quy tắc và hạn chế bổ sung đối với một số loại thuốc bao gồm:
  - Bắt buộc phải sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược.
  - Cần được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ thuốc cho quý vị. Điều này đôi khi được gọi là "cho phép trước (prior authorization, PA)".
  - Giới hạn số lượng. Đối với một số loại thuốc, có những hạn chế về số lượng thuốc quý vị có thể có.
- Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra 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 khoản tiền đồng trả mà quý vị phải thanh toán.

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế.

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một tuyên bố giải thích lý do y tế để yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để quyết định nhanh hơn, hãy cung cấp thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những loại thuốc này được gọi là thuốc "thay thế". Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây ra thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ theo bậc, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không hiệu quả với quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tác hại khác.

Chúng tôi có thể Đồng ý hoặc Từ chối yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, trường hợp ngoại lệ thường kéo dài đến cuối năm theo lịch. Điều này đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc đó cho quý vị và loại thuốc đó vẫn an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về việc khiếu nại nếu chúng tôi **Từ chối**.

Phần tiếp theo hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ.

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ

- Hãy gọi đến số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) để yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị mong muốn. Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị đều có thể thực hiện việc này. Vui lòng cung cấp tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu thanh toán.

- Quý vị hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) hoặc người khác thay mặt quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể có luật sư đại diện.

- Tham khảo **Phần E3** để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

- Quý vị không cần phải cấp phép bằng văn bản cho bác sĩ hoặc người kê toa khác để yêu cầu quyết định bảo hiểm thay mặt quý vị.

- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

- Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, vui lòng cung cấp cho chúng tôi "giấy tờ hỗ trợ". Giấy tờ hỗ trợ bao gồm lý do y tế của bác sĩ hoặc người kê đơn khác đưa ra cho yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

- Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể gửi giấy tờ hỗ trợ qua fax hoặc thư cho chúng tôi. Họ cũng có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi giấy qua fax hoặc thư.

Nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh".

Chúng tôi sử dụng "thời hạn tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được giấy tờ hỗ trợ của bác sĩ.

- **Quyết định bảo hiểm nhanh** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được giấy tờ hỗ trợ của bác sĩ.

> "Quyết định bảo hiểm nhanh" được gọi là **"xác định phạm vi bảo hiểm cấp tốc".**

Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Đó là quyết định cho một loại thuốc quý vị đã không nhận được. Quý vị không thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã mua.
- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị ảnh hưởng nghiêm trọng nếu chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần được quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị theo thời hạn quyết định bảo hiểm nhanh. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư kèm theo 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, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để được quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn tiêu chuẩn.
    - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo rằng chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn tiêu chuẩn. Lá thư cũng hướng dẫn quý vị cách 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 than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Thời hạn cho 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 trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ sau khi nhận được giấy tờ hỗ trợ của bác sĩ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần điều đó.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng đúng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để được duyệt xét bởi IRO. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp phạm vi bảo hiểm cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy tờ hỗ trợ của bác sĩ.
- 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. Lá thư cũng hướng dẫn cho quý vị cách nộp đơn khiếu nại.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc quý vị đã không nhận được

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn, 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 trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được giấy tờ hỗ trợ của bác sĩ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần điều đó.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng đúng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để được duyệt xét bởi IRO.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp phạm vi bảo hiểm cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy tờ hỗ trợ của bác sĩ về 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. Lá thư cũng hướng dẫn cho quý vị cách nộp đơn khiếu nại.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng đúng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại để được duyệt xét bởi IRO.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ hoàn lại 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. Lá thư cũng hướng dẫn cho quý vị cách nộp đơn khiếu nại.

G5. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1

> Việt khiếu nại lên chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là **"xác định lại"** của chương trình.

- Bắt đầu quy trình **khiếu nại tiêu chuẩn** hoặc **khiếu nại nhanh** bằng cách gọi đến số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị đều có thể thực hiện việc này. Vui lòng cung cấp tên, thông tin liên hệ và thông tin về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại **trong vòng 65 ngày** theo lịch kể từ ngày ghi trên thư thông báo về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn và có lý do chính đáng, chúng tôi có thể gia hạn thời gian khiếu nại cho quý vị. Ví dụ về lý do chính đáng bao gồm những trường hợp như quý vị bị bệnh nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Khi nộp đơn khiếu nại, hãy giải thích lý do tại sao khiếu nại của quý vị bị trễ hạn.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí của thông tin về khiếu nại của quý vị. Quý vị và bác sĩ cũng có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

Nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.

> Khiếu nại nhanh còn được gọi là **"xác định lại cấp tốc".**

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi về một loại thuốc mà quý vị đã không nhận được, quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác sẽ quyết định xem quý vị có cần khiếu nại nhanh hay không.
- Các yêu cầu cho khiếu nại nhanh cũng giống như các yêu cầu cho quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời.

- Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và xem xét lại cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu phạm vi bảo hiểm.
- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi đã tuân thủ các quy định khi **Từ chối** yêu cầu của quý vị hay chưa.
- Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để biết thêm thông tin.

Thời hạn đối với 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 cần điều đó.
    - Nếu chúng tôi không đưa ra câu 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 duyệt xét đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được 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 cho quý vị cách nộp đơn khiếu nại.

Thời hạn đối với khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 1

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị về loại thuốc mà quý vị đã không nhận được.
- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị đã không nhận được thuốc và bệnh trạng của quý vị yêu cầu quyết định sớm. Nếu quý vị cho rằng điều đó cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, 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 duyệt xét đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp nhanh nhất có thể theo yêu cầu của tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng **không muộn hơn 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị** đối với loại thuốc quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và hướng dẫn cho quý vị cách nộp đơn khiếu nại.
- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị về việc hoàn tiền đối với loại thuốc quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi 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 duyệt xét đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức duyệt xét và quy trình Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải trả tiền cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu.
- 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 cho quý vị cách nộp đơn khiếu nại.

G6. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc nộp đơn khiếu nại khác. Nếu quý vị quyết định nộp đơn khiếu nại khác, quý vị sẽ sử dụng quy trình khiếu nại Khiếu Nại Cấp 2. **IRO** sẽ duyệt 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 chúng tôi có nên thay đổi quyết định hay không.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập" (IRO) là **"Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập"**, đôi khi được gọi là **"IRE".**

Để nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2, quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị phải liên hệ với IRO **bằng văn bản** và yêu cầu duyệt xét lại 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 nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2** với IRO. Hướng dẫn này cho biết ai có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2, thời hạn quý vị phải tuân thủ và cách liên hệ với tổ chức.
- Khi quý vị nộp đơn khiếu nại lên IRO, chúng tôi sẽ gửi thông tin chúng tôi có về đơn khiếu nại của quý vị đến tổ chức. Thông tin này được gọi là "hồ sơ vụ việc" của quý vị. **Quý vị có quyền được nhận một bản sao miễn phí của hồ sơ vụ việc của quý vị**. Nếu quý vị cần hỗ trợ để yêu cầu bản sao miễn phí của hồ sơ vụ việc, vui lòng gọi số 1.888.466.2219.
- Quý vị có quyền cung cấp thêm thông tin cho IRO để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

IRO sẽ duyệt xét Khiếu Nại Cấp 2 về Medicare Phần D của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị bằng văn bản. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Thời hạn đối với khiếu nại nhanh ở Cấp 2

Nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu IRO thực hiện khiếu nại nhanh.

- Nếu họ đồng ý khiếu nại nhanh, họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị.
- Nếu họ **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

Thời hạn đối với khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị có khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2, IRO phải trả lời quý vị:

- **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được khiếu nại của quý vị về loại thuốc mà quý vị đã không nhận được.
- **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được khiếu nại của quý vị về việc hoàn trả tiền cho loại thuốc quý vị đã mua.

Nếu IRO **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO.
- Nếu IRO **Từ chối** khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi rằng sẽ 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 Khiếu Nại Cấp 3 nếu giá trị số tiền của phạm vi bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đạt đến giá trị số tiền tối thiểu. Nếu giá trị số tiền của phạm vi bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, quý vị không thể khiếu nại lần nữa. Trong trường hợp đó, quyết định đối với Khiếu Nại Cấp 2 là quyết định cuối cùng. IRO sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo giá trị số tiền tối thiểu cần thiết để tiếp tục Khiếu Nại Cấp 3.

Nếu giá trị số tiền trong yêu cầu của quý vị đáp ứng các điều kiện, quý vị có thể chọn có muốn tiếp tục khiếu nại hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2.
- Nếu IRO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị sẽ:
  - Quyết định xem quý vị có muốn Khiếu Nại Cấp 3 hay không.
  - Tham khảo thư mà IRO đã gửi cho quý vị sau Khiếu Nại Cấp 2 để biết chi tiết về cách nộp đơn Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền được hưởng tất cả các dịch vụ bệnh viện mà chúng tôi đài thọ, cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc chấn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm bệnh viện của chương trình, hãy tham khảo **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Trong thời gian quý vị nằm viện được đài thọ, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ hỗ trợ quý vị chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng giúp sắp xếp việc chăm sóc quý vị có thể cần sau khi quý vị xuất viện.

- Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là "ngày xuất viện".
- Bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng mình bị yêu cầu rời bệnh viện quá sớm hoặc quý vị lo ngại về việc chăm sóc sau khi xuất viện, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn. Phần này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu.

Bất chấp các khiếu nại được thảo luận trong **Phần H** này, quý vị cũng có thể nộp 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 **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập bổ sung cho hoặc thay thế cho Khiếu Nại Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về các quyền lợi Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người tại bệnh viện, chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên phụ trách hồ sơ, sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo có tên là "Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền Lợi của Quý Vị". Tất cả những người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.

- **Đọc kỹ thông báo** và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết về các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân nội trú, bao gồm các quyền sau:
    - Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện. Quý vị có quyền được biết các dịch vụ này là gì, ai sẽ chi trả và quý vị có thể nhận dịch vụ ở đâu.
    - Tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
    - Biết nơi để báo cáo bất kỳ lo ngại nào về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện của quý vị.
    - Khiếu nại nếu quý vị nghĩ rằng quý vị bị cho xuất viện quá sớm.

- **Ký vào thông báo** để cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu rõ các quyền của mình.
    - Quý vị hoặc người khác đại diện cho quý vị có thể ký vào thông báo.
    - Việc ký vào thông báo **chỉ** cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Việc ký **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 lại bản sao** của thông báo đã ký để quý vị có thông tin khi cần.

Nếu quý vị ký vào thông báo hơn hai ngày trước ngày quý vị rời bệnh viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo nếu quý vị:

- Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang
- Gọi cho Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1

Để yêu cầu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn, hãy gửi đơn khiếu nại. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality improvement organization, QIO) sẽ duyệt xét Khiếu Nại Cấp 1 để tìm hiểu xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

QIO là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang chi trả. Các chuyên gia này 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. Hãy gọi cho họ theo số 1.877.588.1123 (TTY: 711). Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo "Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền Lợi 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 dự kiến của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện**, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến mà không phải trả phí trong khi chờ quyết định của QIO về khiếu nại của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi điện khiếu nại** và quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, quý vị có thể phải tự chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến.
- Vì cả Medicare và Medi-Cal đều đài thọ cho chi phí nằm viện, nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng không chấp nhận yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc nếu quý vị tin rằng tình huống của quý vị là khẩn cấp, có nguy cơ đe dọa ngay lập tức hoặc nghiêm trọng đến sức khỏe, hoặc quý vị đang bị đau dữ dội, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.

Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) 1-800-434-0222.

Yêu cầu duyệt xét nhanh. Hãy hành động nhanh chóng và liên hệ với QIO để yêu cầu duyệt xét nhanh 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".**

Những gì xảy ra trong quá trình duyệt xét nhanh

- Người duyệt xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị nghĩ rằng phạm vi bảo hiểm nên tiếp tục sau ngày xuất viện dự kiến. Quý vị không bắt buộc phải viết thông báo, nhưng quý vị có thể viết.
- Người duyệt xét sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ và duyệt xét thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa của ngày sau khi người duyệt xét thông báo cho chương trình của chúng tôi về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư thông báo

ngày xuất viện dự kiến. Lá thư cũng nêu lý do tại sao bác sĩ, 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 lời giải thích bằng văn bản này là **"Thông Báo Xuất Viện Chi Tiết".** Quý vị có thể nhận mẫu bằng cách gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc 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 thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Trong vòng một ngày sau khi nhận được đầy đủ thông tin cần thiết, QIO sẽ trả lời khiếu nại của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú được đài thọ cho quý vị trong khoảng thời gian 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 dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Phạm vi bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau ngày QIO trả lời khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện sau buổi trưa của ngày sau ngày QIO trả lời khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 nếu QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị **và** quý vị vẫn phải nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

H3. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định của họ đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Hãy gọi cho họ theo số 1.877.588.1123 (TTY: 711).

Quý vị phải yêu cầu duyệt xét **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu duyệt xét nếu quý vị nằm viện sau ngày phạm vi bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người duyệt xét của QIO sẽ:

- Xem xét lại kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

- Thông báo cho quý vị quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu duyệt xét lần thứ hai.

Nếu QIO **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí 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 các dịch vụ nội trú được đài thọ cho quý vị trong khoảng thời gian 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.
- Họ sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết những việc quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và nộp đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền hoặc 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 **Phần 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 xét xử sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định

Phần này chỉ đề cập đến ba loại dịch vụ quý vị có thể đang nhận:

- 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 ngoại trú tại CORF được Medicare chấp thuận. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh tật, tai nạn hoặc đang hồi phục sau một ca phẫu thuật lớn.

Với bất kỳ loại dịch vụ nào trong ba loại này, quý vị có quyền được hưởng các dịch vụ được đài thọ trong khoảng thời gian mà bác sĩ cho biết quý vị cần 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** dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi phạm vi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt phạm vi 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 hướng dẫn quý vị cách yêu cầu khiếu nại.

I1. Thông báo trước khi phạm vi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo này được gọi là "Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare". Thông báo sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ ngừng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị nên ký vào thông báo để chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký vào thông báo **chỉ** cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký vào **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt phạm vi 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 hướng dẫn quý vị về quy trình Khiếu Nại Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng đúng thời hạn.** Các thời hạn rất quan trọng. Hãy hiểu và tuân thủ các thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân thủ các thời hạn. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn, quý vị có thể nộp đơn than phần. Tham khảo **Phần K** để biết thêm thông tin về than phiền.
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:
    - Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại ở cuối trang.
    - Gọi cho HICAP theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với QIO.**
    - Tham khảo **Phần H2** hoặc **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
    - Yêu cầu họ xem xét đơn khiếu nại của quý vị và quyết định xem có nên thay đổi quyết định của chương trình hay không.

- **Hãy hành động nhanh chóng và yêu cầu "khiếu nại nhanh".** Hãy hỏi QIO xem việc chúng tôi chấm dứt phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn để quý vị liên hệ với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu khiếu nại trước buổi trưa của ngày trước ngày có hiệu lực trên "Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare" mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng không chấp nhận yêu cầu tiếp tục phạm vi bảo hiểm của quý vị, hoặc nếu quý vị tin rằng tình huống của quý vị là khẩn cấp, có nguy cơ đe dọa ngay lập tức hoặc nghiêm trọng đến sức khỏe, hoặc nếu quý vị đang bị đau dữ dội, quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản thông báo đó là **"Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare".** Để nhận bản sao mẫu, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo 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 số 1-877-486-2048. Hoặc lấy bản sao trực tuyến www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Những gì xảy ra trong quá trình khiếu nại nhanh

- Người duyệt xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị nghĩ rằng phạm vi bảo hiểm nên tiếp tục. Quý vị không bắt buộc phải viết thông báo, nhưng quý vị có thể viết.
- Người duyệt xét sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ và duyệt xét thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo vào cuối ngày mà người duyệt xét thông báo cho chúng tôi về khiếu nại của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho phần giải thích thông báo là **"Giải thích chi tiết về không bảo hiểm".**

- Người duyệt xét sẽ đưa ra quyết định trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu QIO **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho quý vị trong khoảng thời gian các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** khiếu nại của quý vị:

- Phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày được ghi trong thông báo.
- Quý vị sẽ tự chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ CORF sau ngày phạm vi bảo hiểm của quý vị kết thúc.
- Quý vị sẽ quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục các dịch vụ này hay không và nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2

I3. Nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định của họ đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Hãy gọi cho họ theo số 1.877.588-1123 (TTY: 1.855.887.6668).

Quý vị phải yêu cầu duyệt xét **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu duyệt xét nếu quý vị tiếp tục sử dụng dịch vụ chăm sóc sau ngày phạm vi bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người duyệt xét của QIO sẽ:

- Xem xét lại kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Thông báo cho quý vị quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu duyệt xét lần thứ hai.

Nếu QIO **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo rằng phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho việc chăm sóc trong khoảng thời gian điều 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 sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết những việc quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và nộp đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập để tiếp tục phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo **Phần 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 thực hiện Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập bổ sung cho hoặc thay thế cho Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

J. Nộp đơn khiếu nại sau Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng Medicare

Nếu quý vị đã nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 cho các dịch vụ hoặc vật dụng Medicare và cả hai đơn khiếu nại của quý vị đều bị từ chối, quý vị có thể có quyền khiếu nại ở các cấp tiếp theo.

Nếu giá trị số tiền của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare mà quý vị đã khiếu nại không đạt đến một số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không thể khiếu nại thêm nữa. Nếu giá trị số tiền đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quá trình khiếu nại. Thư quý vị nhận được từ IRO cho đơn Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị sẽ cho quý vị biết cần liên hệ với ai và những việc cần làm để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là phiên điều trần của ALJ. Người đưa ra quyết định là một ALJ hoặc một luật sư xét xử làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Đồng ý** với 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, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một quý vị sao yêu cầu Khiếu Nại Cấp 4 kèm theo bất kỳ tài liệu nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định Khiếu Nại Cấp 4 trước khi ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định, chúng tôi phải ủy quyền 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 xét xử.
    - Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Từ chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể vẫn chưa kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định rằng sẽ **chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại đã kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định rằng sẽ **không chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục đến cấp duyệt xét tiếp theo. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần làm đối với Khiếu Nại Cấp 4.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng) sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị. Hội đồng này là một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng **Đồng ý** với Khiếu Nại Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu 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, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định, chúng tôi phải ủy quyền 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 **Từ chối** 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 rằng sẽ **chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại đã kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định rằng sẽ **không chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị có khả năng sẽ có thể tiếp tục đến cấp duyệt xét tiếp theo. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết rằng quý vị có thể tiếp tục Khiếu Nại Cấp 5 hay không và những việc cần làm.

Khiếu Nại Cấp 5

- Một thẩm phán của Tòa Án Quận Liên Bang sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác sau Tòa Án Quận Liên Bang.

J2. Các cấp khiếu nại bổ sung về Medi-Cal

Quý vị cũng có các quyền khiếu nại khác nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến các dịch vụ hoặc vật dụng mà Medi-Cal thường đài thọ. Thư quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình khiếu nại.

J3. Các cấp khiếu nại 3, 4 và 5 cho yêu cầu thuốc Medicare Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 và cả hai khiếu nại của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc quý vị khiếu nại đạt đến một số tiền nhất định, quý vị có thể tiếp tục các cấp khiếu nại bổ sung. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được về đơn Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị sẽ cho quý vị biết cần liên hệ với ai và những việc cần làm để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là phiên điều trần của ALJ. Người đưa ra quyết định là một ALJ hoặc một luật sư xét xử làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị**:**

- Quy trình khiếu nại đã kết thúc.
- Chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp phạm vi 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 chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Từ chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể vẫn chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định rằng sẽ **chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại đã kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định rằng sẽ **không chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục đến cấp duyệt xét tiếp theo. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần làm đối với Khiếu Nại Cấp 4.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội đồng sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị. Hội đồng này là một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **Đồng ý** với khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại đã kết thúc.
- Chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp phạm vi 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 chúng tôi 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 rằng sẽ **chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại đã kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định rằng sẽ **không chấp nhận** quyết định của họ về việc từ chối khiếu nại của quý vị, quý vị có khả năng sẽ có thể tiếp tục đến cấp duyệt xét tiếp theo. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết rằng quý vị có thể tiếp tục Khiếu Nại Cấp 5 hay không và những việc cần làm.

Khiếu Nại Cấp 5

- Một thẩm phán của Tòa Án Quận Liên Bang sẽ duyệt xét khiếu nại của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác sau Tòa Án Quận Liên Bang.

K. Cách nộp đơn than phiền

K1. Những loại vấn đề nào nên được nộp đơn than phiền

Quy trình than phiền chỉ được sử 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 ví dụ về các loại vấn đề được quy trình than phiền xử lý.

Than phiền	Ví dụ
Chất lượng chăm sóc y tế	• Quý vị không hài lòng về chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được ở bệnh viện.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng có người không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc có người đã chia sẻ thông tin bí mật về quý vị.
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã cư xử thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị. • Nhân viên của chúng tôi đã đối xử tệ với quý vị. • Quý vị cho rằng mình đang bị loại khỏi chương trình của chúng tôi.
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	• Quý vị không thể tiếp cận trực tiếp các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ không phải tiếng Anh mà quý vị nói (chẳng hạn như Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ hoặc tiếng Tây Ban Nha). • Nhà cung cấp không cung cấp cho quý vị các hạng mục điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.

Than phiền	Ví dụ
Thời gian chờ	• Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc phải chờ quá lâu để được đặt lịch hẹn. • Bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác, Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc nhân viên khác của chương trình khiến quý vị phải chờ đợi quá lâu.
Vệ sinh	• Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ không sạch sẽ.
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi cho quý vị thông báo hoặc thư mà quý vị đáng lẽ phải nhận được. • Quý vị cho rằng thông tin bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.
Thời hạn 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 khiếu nại của quý vị. • Quý vị cho rằng, sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc đơn khiếu nại có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng thời hạn phê duyệt, cung cấp dịch vụ hoặc hoàn trả chi phí cho 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 nộp đơn than phiền nội bộ và/hoặc than phiền bên ngoài. Than phiền nội bộ sẽ được nộp và duyệt xét bởi chương trình của chúng tôi. Than phiền bên ngoài sẽ được nộp và duyệt xét bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần hỗ trợ nộp đơn than phiền nội bộ và/hoặc than phiền bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi làm việc bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối.

Thuật ngữ pháp lý cho "than phiền" là **"phàn nàn".**

Thuật ngữ pháp lý cho "nộp đơn than phiền" là **"nộp đơn phàn nàn".**

K2. Than phiền nội bộ

Để nộp đơn than phiền nội bộ, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi làm việc bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Quý vị có thể nộp đơn than phiền bất cứ lúc nào, trừ khi than phiền liên quan đến thuốc Medicare Phần D. Nếu than phiền liên quan đến thuốc Medicare Phần D, quý vị phải nộp đơn than phiền **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày quý vị gặp vấn đề cần than phiền.

- Nếu quý vị cần làm thêm bất cứ điều gì, Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ thông báo cho quý vị.
- Quý vị cũng có thể viết đơn than phiền và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị than phiền bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời than phiền của quý vị bằng văn bản.
- Quý vị có thể sử dụng "Mẫu Đơn Phàn Nàn Dành Cho Hội Viên" có trên trang mạng của chúng tôi tại www.alamedalliance.org/alliancewellness. Tất cả các nhà cung cấp của chúng tôi đều có mẫu đơn này hoặc chúng tôi có thể gửi đơn qua đường bưu điện cho quý vị. Quý vị cũng có thể nộp đơn phàn nàn trực tuyến. Quý vị có thể gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin cho nhà cung cấp Alameda Alliance Wellness hoặc gửi cho chúng tôi theo địa chỉ dưới đây:

  Alameda Alliance Wellness
  Attn: Grievance and Appeals
  1240 South Loop Road Alameda, CA 94502

- Để biết mô tả chi tiết về quy trình của chúng tôi, bao gồm cả khung thời gian, vui lòng truy cập trang mạng của chúng tôi www.alamedallainace.org/alliancewellness hoặc liên hệ với Alameda Alliance Wellness theo số 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Người dùng TTY có thể gọi số 1.800.735.2929. Chúng tôi làm việc bảy (7) ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối.

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 điện thoại than phiền, chúng tôi có thể trả lời quý vị ngay trong cuộc gọi đó. Chúng tôi sẽ trả lời nhanh chóng nếu cần thiết do bệnh trạng của quý vị.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các than phiền trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cung cấp cập nhật trạng thái và thời gian ước tính để quý vị nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị than phiền vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "khiếu nại nhanh", chúng tôi sẽ tự động thực hiện "than phiền nhanh" và phản hồi than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị than phiền vì chúng tôi đã mất thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại, chúng tôi sẽ tự động thực hiện "than phiền nhanh" và phản hồi 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 cho quý vị biết và nêu rõ lý do. Chúng tôi sẽ phản hồi cho dù chúng tôi có đồng ý với than phiền hay không.

K3. Than phiền bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể thông báo cho Medicare về than phiền của mình hoặc gửi đến Medicare. Mẫu đơn than phiền về Medicare có sẵn tại: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị không cần phải nộp đơn than phiền với Alameda Alliance Wellness trước khi nộp đơn than phiền với Medicare.

Medicare coi trọng các than phiền của quý vị và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng 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 số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn cước.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn than phiền lên Thanh Tra Viên Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý của Medi-Cal thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS) California bằng cách gọi số 1-888-452-8609. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Hãy gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền lên Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) California. DMHC chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC để được hỗ trợ đối với than phiền về các dịch vụ Medi-Cal. Đối với các vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn than phiền lên DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định trong đơn Khiếu Nại Cấp 1 hoặc nếu chương trình không giải quyết than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1 nếu quý vị cần hỗ trợ về than phiền liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc vấn đề liên quan đến mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, nếu quý vị đang bị đau dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về than phiền của quý vị, hoặc nếu chương trình không giải quyết than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để được trợ giúp từ Trung Tâm Trợ Giúp:

- Gọi số 1-888-466-2219. Những người khiếm thính, khó nghe hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TTY miễn phí, 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn cước.
- Truy cập trang mạng của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (www.dmhc.ca.gov).

Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền (OCR)

Quý vị có thể nộp đơn than phiền liên OCR thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) nếu quý vị cho rằng mình bị đối xử không công bằng. Ví dụ: quý vị có thể nộp đơn than phiền về khả năng tiếp cận dành cho người khuyết tật hoặc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. 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 địa phương tại địa chỉ:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (California State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disability Act, ADA) và theo các luật hiện hành của tiểu bang. Quý vị có thể liên hệ với Chương Trình Thanh Tra Medi-Cal để được hỗ trợ. Số điện thoại của họ là 1-888-452-8609.

QIO

Khi than phiền của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể than phiền trực tiếp với QIO về chất lượng chăm sóc.
- Quý vị có thể than phiền với QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị than phiền với QIO, chúng tôi sẽ hợp tác với họ để giải quyết than phiền của quý vị.

QIO là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Để biết thêm thông tin về QIO, hãy tham khảo **Phần H2** hoặc **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 (TTY: 711).

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

Phần Giới Thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn phạm vi bảo hiểm y tế của quý vị sau khi rời chương trình. Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị vẫn sẽ là hội viên trong chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị còn hội đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.....243

B. Cách kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi 244

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt 245

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị.....245

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị 250

D. Các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc 250

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc 250

F. Quy tắc về việc không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 252

G. Quyền khiếu nại nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.....252

H. Cách tìm thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên trong chương trình.....252

A. Thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare đều có thể kết thúc tư cách hội viên trong một số 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 kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau mỗi năm:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**, diễn ra từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA)**, diễn ra từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3, và cũng áp dụng cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh tham gia một chương trình, tính từ tháng có quyền hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 kể từ khi được hưởng quyền. Nếu quý vị chọn một 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 trường hợp khác khi quý vị hội đủ điều kiện để thay đổi việc ghi danh của mình. Ví dụ, khi:

- quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- tính hội đủ điều kiện tham gia chương trình Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị thay đổi, **hoặc**
- nếu quý vị mới chuyển vào, hiện đang được chăm sóc, hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ: nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, phạm vi bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 1. Phạm vi 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 chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tìm thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Phần C1**.
- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Phần C2**.

Quý vị có thể tìm thêm thông tin về cách kết thúc tư cách hội viên bằng cách gọi điện cho:

- Ban Dịch Vụ Hội Viên theo 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 xin gọi số 1-877-486-2048.
- Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) California, theo số 1-800-434-0222, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 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. Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077.
- Thanh Tra Viên của Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal, theo số 1-888-452-8609, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi e-mail đến MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc (drug management program, DMP), quý vị có lẽ sẽ không thể thay đổi chương trình. Vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định kết thúc tư cách hội viên, quý vị có thể ghi danh tham gia 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 chưa chọn chương trình thuốc Medicare riêng biệt, quý vị phải yêu cầu được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách để quý vị yêu cầu hủy ghi danh:

- Quý vị có thể gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản. Hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY (những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi số 1-877-486-2048. Khi

gọi tới 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc Medicare khác. Thông tin chi tiết hơn về việc nhận dịch vụ Medicare khi quý vị kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi có trong bảng ở trang 246.

- **Phần C** bên dưới có các bước mà quý vị có thể thực hiện để ghi danh tham gia một chương trình khác, hành động này cũng sẽ kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Quý vị có các lựa chọn về việc nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình được liệt kê dưới đây vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có thêm một lựa chọn khác được liệt kê dưới đây trong một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và Giai Đoạn Ghi Danh **Mở của Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả trong **Phần A**. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang: **Chương Trình Medicare Medi-Cal (Chương Trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp quyền lợi của Medicare và Medi-Cal vào trong một chương trình duy nhất. Các Chương Trình Medi-Medi phối hợp tất cả quyền lợi và dịch vụ giữa 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 dành cho Người Cao Tuổi (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), nếu quý vị đủ điều kiện.** **Lưu ý**: Thuật ngữ Chương Trình Medi-Medi là tên gọi cho các chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (dual eligible special needs plans, D-SNP) tích hợp tại California.	**Dưới đây là các bước thực hiện:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để được giải đáp thắc mắc liên quan đến Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần hỗ trợ hoặc cần thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 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/. **HOẶC** Ghi danh vào Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm của chương trình mới bắt đầu. Chương trình Medi-Cal sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi của quý vị.

2. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt, và Chương Trình Medi-Cal.**	**Dưới đây là các bước thực hiện:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần hỗ trợ hoặc cần thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 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/. **HOẶC** Ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh trong Chương Trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn chương trình khác.

3. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare không có chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt.** **LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt, Medicare có thể sẽ tự động ghi danh quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị thông báo cho Medicare rằng quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên bỏ phạm vi bảo hiểm thuốc nếu quý vị có phạm vi bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như từ hãng sở hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần phạm vi bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 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/.	**Dưới đây là các bước thực hiện:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần hỗ trợ hoặc cần thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 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/. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh trong Chương Trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn 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 của Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả trong **Phần A**.	**Dưới đây là các bước thực hiện:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để được giải đáp thắc mắc liên quan đến Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần hỗ trợ hoặc cần thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 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/. **HOẶC** Ghi danh vào chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm của chương trình mới bắt đầu. Chương Trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu có thắc mắc về cách nhận dịch vụ Medi-Cal sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077. Hoặc truy cập www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Hãy hỏi làm thế nào để tham gia vào chương trình khác hoặc trở về chương trình Original Medicare sẽ ảnh hưởng thế nào đến việc quý vị nhận phạm vi bảo hiểm Medi-Cal.

D. Các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, có thể sẽ mất một khoảng thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc cũng như phạm vi bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị vẫn tiếp tục nhận thuốc và dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Hãy sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận chăm sóc y tế.
- Hãy sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả dịch vụ nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện, để nhận thuốc theo toa.
- Nếu quý vị đang nằm viện vào ngày tư cách hội viên Alameda Alliance Wellness kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả chi phí nằm viện cho quý vị cho đến khi quý vị được xuất viện. Điều này vẫn sẽ được áp dụng ngay cả khi phạm vi bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Đây là những trường hợp mà chúng tôi buộc phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình:

- Nếu có sự gián đoạn trong phạm vi bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi với các quyền lợi

Medicare, vui lòng xem thông tin bên dưới về thời gian tạm công nhận đủ điều kiện. Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California hoặc Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) có thể hủy ghi danh quý vị khỏi Medi-Cal nếu xác định quý vị không còn hội đủ điều kiện tham gia chương trình.

- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
    - Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc đi xa trong một chuyến đi dài, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch có thuộc khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi không.
- Nếu quý vị bị giam giữ trong tù hoặc nhà giam vì phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị khai sai sự thật hoặc che giấu thông tin về các loại bảo hiểm khác mà quý vị có để chi trả cho thuốc.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
    - Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ để trở thành hội viên trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.
    - Trên cơ sở này, Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên.
    - Chúng tôi buộc phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị đang trong khoảng thời gian 3 tháng được tạm công nhận tiếp tục hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi được Medicare Advantage và chương trình bảo hiểm Medicare Phần D đài thọ. Tuy nhiên, trong thời gian này, chúng tôi sẽ không tiếp tục đài thọ cho các quyền lợi Medicaid nằm trong Chương Trình Medicaid Tiểu Bang áp dụng và cũng sẽ không thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc các khoản chia sẻ chi phí mà lẽ ra tiểu bang phải chịu nếu quý vị không bị mất tính hội đủ điều kiện tham gia Medicaid. Khoản tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ được Medicare đài thọ có thể tăng lên trong thời gian này.

Nếu vào cuối thời gian 3 tháng tạm công nhận tiếp tục hội đủ điều kiện, quý vị vẫn không hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.

Chúng tôi chỉ có thể buộc quý vị rời khỏi chương trình vì các lý do sau nếu trước tiên nhận được sự cho phép từ Medicare và Medi-Cal:

- Nếu quý vị cố ý cung cấp cho chúng tôi thông tin sai khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện của quý vị để tham gia vào chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị liên tục có hành vi gây rối và khiến chúng tôi khó khăn trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác của chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng Thẻ ID Hội Viên để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị vì lý do này.)

F. Quy tắc về việc không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì bất kỳ lý do nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

G. Quyền khiếu nại nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình, chúng tôi phải thông báo bằng văn bản cho quý vị lý do chấm dứt tư cách hội viên. Chúng tôi cũng phải giải thích cho quý vị cách nộp đơn phàn nàn hoặc đưa ra than phiền về quyết định kết thúc tư cách hội viên này. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về cách đưa ra than phiền.

H. Cách tìm thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên trong chương trình

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Phần Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Notice about laws 254

B. Federal notice about nondiscrimination 254

C. Notice about nondiscrimination for Medi-Cal 254

D. Notice about Medicare as a second payer and Medi-Cal as a payer of last resort 257

E. Notice about Medi-Cal estate recovery 257

A. Thông báo về các luật

Có nhiều luật được áp dụng cho *Cẩm Nang Hội Viên* này. Các luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi không được đề cập hay giải thích trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Các luật chính áp dụng là các luật của liên bang và tiểu bang về chương trình Medicare và Medi-Cal. Những luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể được áp dụng.

B. Thông báo của liên bang về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật trí tuệ hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, lịch sử yêu cầu thanh toán, tiền sử y khoa, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng được bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, đều phải tuân thủ các luật liên bang về chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu Đề VI thuộc
Đạo Luật Dân Quyền (Civil Rights Act) năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi Chức Năng (Rehabilitation Act) năm 1973, Đạo Luật Chống Phân Biệt Tuổi Tác (Age Discrimination Act) năm 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disabilities Act), Mục 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Hợp Túi Tiền (Affordable Care Act), tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ liên bang, và bất kỳ luật cũng như quy tắc nào khác có liên quan.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có mối quan ngại về phân biệt đối xử hay cách đối xử không công bằng, quý vị có thể:

- Gọi cho Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền thuộc Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

C. Thông báo về không phân biệt đối xử của Medi-Cal

Phân biệt đối xử là hành vi trái pháp luật. Alliance tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang. Alliance không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với mọi người vì lý do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật trí tuệ, tình trạng khuyết tật thể chất, bệnh trạng, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới, bản dạng giới hay khuynh hướng tính dục.

Alliance cung cấp:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:

    - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
    - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in khổ chữ lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí dành cho những người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, chẳng hạn như:
    - Thông dịch viên đủ trình độ
    - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Alliance từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều bằng cách gọi số 1.510.747.4567 hoặc số điện thoại miễn phí 1.877.932.2738. Hoặc, nếu quý vị không thể nói hay nghe tốt, vui lòng gọi số 1.800.735.2929 hoặc 711 để sử dụng Dịch Vụ Tiếp Âm California.

Hướng dẫn nộp đơn phàn nàn

Hướng dẫn nộp đơn Nếu quý vị cho rằng Alliance đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử bất hợp pháp dưới hình thức khác dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật trí tuệ, tình trạng khuyết tật thể chất, bệnh trạng, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hay khuynh hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn phàn nàn tới Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance.

Quý vị có thể nộp đơn phàn nàn qua điện thoại, qua đường bưu điện, trực tiếp hoặc trực tuyến:

- Qua điện thoại: Liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều bằng cách gọi số 1.510.747.4567 hoặc số điện thoại miễn phí 1.877.932.2738. Hoặc, nếu quý vị không thể nói hay nghe tốt, vui lòng gọi số 1.800.735.2929 hoặc 711 để sử dụng Dịch Vụ Tiếp Âm California.
- Qua đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn than phiền hoặc viết thư và gửi tới:

  Alameda Alliance for Health
  Attn: Grievance and Appeals Department
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- Trực tiếp: Đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc Alliance và cho biết quý vị muốn nộp đơn phàn nàn.
- Trực tuyến: Truy cập trang mạng của Alliance tại www.alamedalliance.org/alliancewellness.

Nếu đơn phàn nàn của quý vị là về tình trạng phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền tới Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương tiện điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu không thể nói hay nghe tốt, vui lòng gọi số 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu đơn than phiền hoặc gửi thư tới:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Mẫu đơn than phiền hiện có trên www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Bằng phương tiện điện tử: Gửi email tới địa chỉ CivilRights@dhcs.ca.gov.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần hỗ trợ để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một nhà cung cấp, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như vấn đề về lối đi xe lăn, Ban Dịch Vụ Hội Viên có thể giúp quý vị.

Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền – Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về vấn đề dân quyền tới Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California qua điện thoại, qua đường bưu điện hoặc trực tuyến:

• Qua điện thoại: Gọi số 1.916.440.7370. Nếu quý vị không thể nói hay nghe tốt, vui lòng gọi số 711 (Dịch vụ Tiếp âm Viễn thông).

• Qua đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn than phiền hoặc gửi thư tới:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Mẫu đơn than phiền hiện có trên https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

•Trực tuyến: Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.

D. Thông Báo về Medicare là bên thanh toán thứ cấp và Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng

Đôi khi, trước tiên một bên khác phải trả cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị bị tại nạn xe hơi hoặc bị chấn thương ở nơi làm việc, bên bảo hiểm hay chương trình Bồi Thường Cho Người Lao Động phải trả trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền đối với những dịch vụ được Medicare đài thọ mà Medicare không phải là bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ các luật và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của các bên thứ ba đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho hội viên. Chúng tôi sẽ dùng mọi biện pháp hợp lý để bảo đảm rằng Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng.

Các hội viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác (other health coverage, OHC) trước khi dùng Medi-Cal nếu có cùng một dịch vụ trong phạm vi bảo hiểm, vì Medi-Cal là bên thanh toán 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 cho các chi phí được cho phép mà chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác không chi trả, tối đa theo mức giá của Medi-Cal.

E. Thông báo về việc thu hồi tài sản của Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu hoàn trả quyền lợi Medi-Cal mà hội viên nhận được vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 55 đối với một số hội viên nhất định đã qua đời từ tài sản được chứng thực di chúc. Khoản hoàn trả bao gồm phí Trả Theo Dịch vụ và phí bảo hiểm chăm sóc có quản lý/các khoản thanh toán theo số hội viên cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, dịch vụ tại nhà và cộng đồng, cũng như các dịch vụ bệnh viện và thuốc theo toa có liên quan mà hội viên nhận được khi là bệnh nhân nội trú tại cơ sở điều dưỡng hoặc đang nhận dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng. Khoản hoàn trả không được vượt quá giá trị tài sản được chứng thực di chúc của hội viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang mạng thu hồi tài sản của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại www.dhcs.ca.gov/er hoặc gọi số 1-916-650-0590.

Chương 12: Định nghĩa các thuật ngữ quan trọng

Giới Thiệu

Chương này có các thuật ngữ quan trọng được sử dụng trong toàn bộ *Cẩm Nang Hội Viên* này cùng với định nghĩa của các thuật ngữ đó. Các thuật ngữ được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không tìm thấy thuật ngữ mà quý vị đang cần hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài phần định nghĩa, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (Activities of daily living, ADL): Những việc mọi người thường làm trong 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 người xét xử và ra quyết định các vụ việc liên quan đến cơ quan chính phủ. Đây là thẩm phán xét duyệt khiếu nại cấp 3.

Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): Chương trình giúp những cá nhân hội đủ điều kiện đang bị Vi-rút Gây Suy Giảm Miễn Dịch ở Người (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (Acquired Immuno Deficiency Syndrom, AIDS) có thể tiếp cận thuốc điều trị HIV cứu sống.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Cơ sở y tế cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nằm viện và dự kiến không cần chăm sóc quá 24 giờ.

Khiếu nại: Là cách để quý vị kháng cáo hành động của chúng tôi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định về phạm vi bảo hiểm bằng cách nộp đơn khiếu nại. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích chi tiết về khiếu nại, bao gồm cách nộp đơn khiếu nại.

Sức Khỏe Hành Vi: Đề cập đến sự vui khỏe về mặt cảm xúc, tâm lý và xã hội. Nói đơn giản hơn: Đó là cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và tương tác với người khác. Đây là một thuật ngữ bao quát, chỉ các dịch vụ về sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện.

Sản Phẩm Sinh Học: Là loại thuốc được sản xuất từ các nguồn tự nhiên và sống, như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc tương tự sinh học. (Xem thêm “Sản Phẩm Sinh Học Gốc” và “Thuốc Tương Tự Sinh Học”).

Thuốc Tương Tự Sinh Học: Là loại thuốc sinh học rất giống, nhưng không hoàn toàn giống hệt với sản phẩm sinh học gốc. Các thuốc tương tự sinh học an toàn và hiệu quả ngang bằng với sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc tương tự sinh học có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới. (Xem phần “Thuốc Tương Tự Sinh Học Có Thể Thay Thế”).

Thuốc biệt dược: Là loại thuốc được công ty đã phát minh ra thuốc đó ban đầu sản xuất và bán ra. Thuốc biệt dược có cùng thành phần hoạt chất với các phiên bản thuốc gốc. Các thuốc gốc thường được những công ty dược khác sản xuất và bán ra và nhìn chung sẽ chỉ được bán ra thị trường sau khi bằng sáng chế của thuốc biệt dược hết hạn.

Điều phối viên chăm sóc: Người chịu trách nhiệm chính, phối hợp 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 cần thiết.

Kế hoạch chăm sóc: Xem phần "Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa".

Nhóm chăm sóc: Xem phần "Nhóm Chăm Sóc Đa Ngành".

Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Giai đoạn trong quyền lợi thuốc Medicare Phần D mà chương trình chúng tôi chi trả toàn bộ chi phí thuốc của quý vị cho đến hết năm. Quý vị bước vào giai đoạn này khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi tiêu $2,100 cho các loại thuốc được Medicare Phần D đài thọ trong năm. Quý vị không phải trả gì cả.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Cơ quan liên bang chịu trách nhiệm quản lý Medicare. **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích cách liên hệ với CMS.

Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS): Chương trình dịch vụ ngoại trú tại cơ sở, cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu nghề nghiệp và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác cho hội viên hội đủ điều kiện theo các tiêu chí đủ điều kiện được áp dụng.

Than phiền: Tuyên bố bằng văn bản hoặc lời nói cho biết rằng quý vị có vấn đề hoặc quan ngại về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được đài thọ của mình. Trong đó bao gồm mọi quan ngại về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên gọi chính thức của "đưa ra than phiền" là "nộp đơn phàn nàn".

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Loại cơ sở chủ yếu cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng sau khi mắc bệnh, bị tai nạn hoặc trải qua ca phẫu thuật lớn. Cơ sở này cung cấp nhiều dịch vụ khác nhau, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, trị liệu vận động, liệu pháp ngôn ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường sống tại nhà.

Tiền đồng trả: Số tiền cố định mà quý vị phải trả dưới dạng khoản chia sẻ chi phí của quý vị mỗi lần quý vị nhận một số loại thuốc nhất định. Ví dụ: quý vị có thể phải trả $2 hoặc $5 cho một loại thuốc.

Bậc chia sẻ chi phí: Nhóm thuốc có cùng mức tiền đồng trả. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (còn gọi là *Danh Sách Thuốc*) đều nằm trong một (1) bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí quý vị phải trả cho thuốc càng nhiều.

Quyết định về phạm vi bảo hiểm: Quyết định về những quyền lợi được chúng tôi đài thọ. Bao gồm quyết định về các loại thuốc và dịch vụ được đài thọ hoặc số tiền chúng tôi chi trả cho dịch vụ y tế của quý vị. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm.

Thuốc được đài thọ: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không cần toa (over-the-counter, OTC) được chương trình đài thọ.

Dịch vụ được đài thọ: Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc theo toa và thuốc không cần toa, thiết bị, và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

Đào tạo về năng lực văn hóa: Khóa đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, giúp họ hiểu rõ hơn về hoàn cảnh, 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.

Mức chia sẻ chi phí theo ngày: Mức áp dụng khi bác sĩ kê cho quý vị ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với một số loại thuốc nhất định và quý vị phải trả tiền đồng trả. Mức chia sẻ chi phí theo ngày được tính bằng tiền đồng trả chia cho số ngày được cấp thuốc trong một tháng.

Sau đây là một ví dụ: Giả sử tiền đồng trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (đủ dùng trong 30 ngày) của quý vị là $1.35. Tức là quý vị phải trả chưa đến $0.05 mỗi ngày cho thuốc của mình. Nếu quý vị nhận được lượng thuốc đủ dùng trong 7 ngày, số tiền quý vị phải trả là chưa đến $0.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày, vậy tổng số tiền phải trả là chưa đến $0.35.

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS): Sở tiểu bang tại California chịu trách nhiệm quản lý Chương Trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal).

Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Managed Health Care, DMHC): Sở tiểu bang tại California chịu trách nhiệm điều chỉnh hầu hết các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC hỗ trợ mọi người về khiếu nại và than phiền liên quan đến dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR).

Hủy ghi danh: Quá trình kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hủy ghi danh có thể là tự nguyện (do quý vị chọn) hoặc bị bắt buộc (không do quý vị chọn).

Chương trình quản lý thuốc (Drug management program, DMP): Chương trình giúp đảm bảo hội viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác.

Bậc thuốc: Nhóm thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Các ví dụ về bậc thuốc gồm thuốc gốc, thuốc biệt dược hoặc thuốc không cần toa (OTC). Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* thuộc về một (1) bậc thuốc.

Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là một D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (Durable medical equipment, DME): Một số vật dụng mà bác sĩ chỉ định để sử dụng tại nhà riêng. Ví dụ: xe lăn, nạng, hệ thống đệm y tế có động cơ, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện được nhà cung cấp chỉ định để dùng tại nhà, bơm truyền qua tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và vật tư cung cấp oxy, máy khí dung, và khung tập đi.

Trường hợp cấp cứu: Tình huống cấp cứu y tế khi quý vị, hoặc bất kỳ ai có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, cho rằng quý vị có các triệu chứng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong, mất một bộ phận cơ thể, hoặc mất hay suy giảm nghiêm trọng một chức năng cơ thể (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, là mất thai nhi). Các triệu chứng y tế này có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội, hoặc tình trạng y tế đang nhanh chóng chuyển biến xấu.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được đài thọ do nhà cung cấp được đào tạo về cấp cứu cung cấp, và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu về y tế và sức khỏe hành vi.

Trường hợp ngoại lệ: Sự cho phép để được đài thọ đối với một loại thuốc thông thường không được đài thọ, hoặc để sử dụng thuốc mà không cần tuân theo một số quy tắc và giới hạn nhất định.

Các Dịch Vụ Bị Loại Trừ: Những dịch vụ không được chương trình bảo hiểm sức khỏe này đài thọ.

Trợ Giúp Bổ Sung: chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ Giúp Bổ Sung còn được gọi là “Trợ Cấp cho Người có Thu Nhập Thấp” (Low-Income Subsidy, "LIS").

Thuốc gốc: Loại thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) phê duyệt để sử dụng thay cho thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt chất với thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và hiệu quả tương đương với thuốc biệt dược.

Phàn nàn: Than phiền mà quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc về một trong các nhà cung cấp hay nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Trong đó bao gồm cả than phiền về chất lượng chăm sóc hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe cung cấp.

Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Chương trình cung cấp thông tin và tư vấn miễn phí, khách quan về Medicare. **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích cách liên hệ với HICAP.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe: Tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn, và các nhà cung cấp khác. Tổ chức này cũng có điều phối viên chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả họ phối hợp 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 tiền sử bệnh án và tình trạng hiện tại của quý vị. Đánh giá này được sử dụng để tìm hiểu về tình trạng sức khỏe của quý vị và cách sức khỏe có thể thay đổi trong tương lai.

Trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà: Người cung cấp các dịch vụ không cần đến kỹ năng của y tá có giấy phép hoặc chuyên gia trị liệu, chẳng hạn như hỗ trợ chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, mặc quần áo, hoặc thực hiện các bài tập theo chỉ định). Trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép hành nghề y tá và không cung cấp trị liệu.

Chăm sóc cuối đời: Chương trình chăm sóc và hỗ trợ giúp những người có tiên lượng giai đoạn cuối được sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là người đó đã được chứng nhận y tế là mắc bệnh nan y, tức là chỉ còn sống được trong vòng 6 tháng.

- Người ghi danh có tiên lượng giai đoạn cuối có quyền chọn được chăm sóc cuối đời.
- Một đội ngũ chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo đặc biệt sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện, bao gồm nhu cầu thể chất, tinh thần, xã hội và tâm linh.
- Chúng tôi có trách nhiệm 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 sai/không phù hợp: Tình huống khi một nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị vượt quá số tiền chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Là hội viên chương trình, quý vị chỉ phải trả mức chia sẻ chi phí của chương trình khi nhận các loại thuốc được chúng tôi đài thọ. Chúng tôi **không** cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị vượt quá số tiền này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (In Home Supportive Services, IHSS): Chương Trình IHSS sẽ hỗ trợ thanh toán cho các nhà cung cấp chăm sóc đã ghi danh để cung cấp dịch vụ cho quý vị, giúp quý vị có thể tiếp tục sinh sống an toàn trong chính ngôi nhà của mình. IHSS là lựa chọn thay thế cho hình thức chăm sóc ngoài gia đình, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc tập thể. Để được nhận dịch vụ, sẽ có một cuộc đánh giá được thực hiện nhằm xác định loại dịch vụ nào có thể được cho phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS bao gồm dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc đại tiểu tiện, tắm rửa, chải chuốt và dịch vụ y tế đặc biệt), đi cùng đến các buổi hẹn y tế và giám sát bảo vệ cho người suy giảm trí tuệ. Các cơ quan dịch vụ xã hội cấp quận quản lý chương trình 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 nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ Medi-Cal, bao gồm vật tư DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California tiến hành IMR. IMR là quá trình duyệt xét trường hợp của quý vị bởi các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu quyết định IMR thuận theo quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc điều trị mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị không cần phải trả chi phí cho IMR.

Tổ chức duyệt xét độc lập (Independent review organization, IRO): Tổ chức độc lập được Medicare thuê để duyệt xét khiếu nại cấp 2. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và cũng không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra là đúng hay cần phải thay đổi. Medicare giám sát công việc của tổ chức này. Tên chính thức là **Cơ Quan Duyệt Xét Độc Lập.**

Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (Individualized Care Plan [ICP] hoặc Kế Hoạch Chăm Sóc): Kế hoạch về những dịch vụ quý vị sẽ nhận và cách quý vị sẽ nhận. Kế hoạch của quý vị có thể bao gồm dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi và các dịch vụ cùng hỗ trợ dài hạn.

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc Medicare Phần D của quý vị đạt $2,100. Giai đoạn này bao gồm số tiền quý vị đã trả, số tiền chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi đã trả thay cho quý vị, và trợ cấp cho người có thu nhập thấp. Quý vị bắt đầu ở giai đoạn này khi mua toa thuốc đầu tiên trong năm. Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị sẽ trả phần của mình.

Nội trú: Thuật ngữ được dùng khi quý vị được chính thức nhập viện để nhận dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không được chính thức nhập viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú thay vì nội trú, ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm.

Nhóm Chăm Sóc Đa Ngành (Interdisciplinary Care Team [ICT] hoặc Nhóm chăm sóc): Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, y tá, cố vấn, hoặc các chuyên gia y tế khác có nhiệm vụ giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng hỗ trợ quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

D-SNP tích hợp: Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép, đài thọ cho các dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid trong chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất dành cho một số nhóm cá nhân đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này được gọi là người hưởng đầy đủ quyền lợi đủ điều kiện kép.

Thuốc Tương Tự Sinh Học Có Thể Thay Thế: Loại thuốc tương tự sinh học có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phụ thuộc vào luật tiểu bang.

***Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (*Danh Sách Thuốc*):** Danh sách các loại thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chúng tôi đài thọ. Chúng tôi lựa chọn các loại thuốc trong danh sách này với sự hỗ trợ của bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy định nào quý vị cần tuân theo để được nhận thuốc hay không. *Danh Sách Thuốc* đôi khi còn 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 mạn tính. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị tiếp tục sinh sống tại nhà thay vì phải vào cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được chương trình của chúng tôi đài thọ bao gồm Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS), còn gọi là chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facilities, NF), và Hỗ Trợ Cộng Đồng. IHSS và các chương trình miễn trừ 1915(c) là LTSS của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi.

Trợ cấp cho người có thu nhập thấp (Low-income subsidy, LIS): Xem phần “Trợ Giúp Bổ Sung”

Chương Trình Đặt Mua Qua Đường Bưu Điện: Một số chương trình có thể cung cấp dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện, cho phép quý vị nhận lượng thuốc theo toa được đài thọ đủ dùng trong tối đa 3 tháng gửi thẳng đến nhà. Đây có thể là cách tiết kiệm chi phí và tiện lợi để mua các toa thuốc quý vị dùng thường xuyên.

Medi-Cal: Tên của chương trình Medicaid tại tiểu bang California. Medi-Cal do tiểu bang quản lý và được cả tiểu bang và chính phủ liên bang chi trả.

- Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế.
- Medi-Cal bao gồm các dịch vụ bổ sung và một số loại thuốc không được Medicare đài thọ.
- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết chi phí chăm sóc sức khỏe sẽ được đài thọ nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medi-Cal.

Các chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ đài thọ cho quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Quyền lợi Medicare là riêng biệt.

Medicaid (hay Trợ Giúp Y Tế): Chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang quản lý, hỗ trợ những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid dành cho tiểu bang California.

Cần thiết về mặt y tế: Mô tả các dịch vụ, vật tư, hoặc thuốc mà quý vị cần để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị một tình trạng y tế, hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại. Điều này bao gồm việc chăm sóc giúp quý vị tránh phải nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng. Và cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc phải đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận.

Medicare: Chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số tình trạng khuyết tật nhất định và những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận). Những người tham gia Medicare có thể nhận quyền lợi bảo hiểm Medicare thông qua Original Medicare hoặc một chương trình chăm sóc có quản lý (xem phần “Chương trình bảo hiểm sức khỏe”).

Medicare Advantage: Chương trình của Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “MA”, cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare trả tiền cho các công ty này để họ chi trả quyền lợi Medicare cho quý vị.

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng): Hội đồng duyệt xét khiếu nại cấp 4. Hội Đồng này là một phần của Chính phủ liên bang.

Dịch vụ được Medicare đài thọ: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, bao gồm chương trình của chúng tôi, đều phải đài thọ 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): 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 vượt qua thách thức để duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.

Người ghi danh tham gia Medicare-Medi-Cal: Người hội đủ điều kiện để được nhận cả phạm vi bảo hiểm Medicare và Medicaid. Người ghi danh tham gia Medicare-Medicaid cũng được gọi là “cá nhân đủ điều kiện kép”.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare đài thọ cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc tại nhà và chăm sóc cuối đời.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare đài thọ cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám với bác sĩ) và vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh hoặc tình trạng sức khỏe. Medicare Phần B cũng đài thọ nhiều dịch vụ phòng ngừa và sàng lọc.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Advantage” hoặc “MA”, cho phép các công ty bảo hiểm sức khỏe tư nhân cung cấp 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 thuốc ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid đài thọ. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Thuốc được Medicare Phần D đài thọ. Quốc hội đặc biệt loại trừ một số nhóm thuốc nhất định khỏi phạm vi bảo hiểm của Medicare Phần D. Medicaid có thể đài thọ cho một số loại thuốc này.

Quản Lý Liệu Pháp Thuốc (Medication Therapy Management, MTM): Chương trình Medicare Phần D dành cho những người có nhu cầu sức khỏe phức tạp, 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 một buổi trao đổi với dược sĩ hoặc nhà cung cấp

chăm sóc sức khỏe để duyệt xét lại các loại thuốc. Xem **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

Chương Trình Medi-Med: Chương Trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp quyền lợi của Medicare và Medi-Cal vào trong một chương trình duy nhất. Các Chương Trình Medi-Medi phối hợp tất cả quyền lợi và dịch vụ giữa cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ.

Hội viên (hội viên chương trình của chúng tôi hoặc hội viên chương trình): Người có Medicare và Medi-Cal, hội đủ điều kiện để nhận các dịch vụ được đài thọ, đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) cùng tiểu bang xác nhận.

***Cẩm Nang Hội Viên* và Thông Tin Công Bố:** Tài liệu này, cùng với đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ phụ lục hoặc điều khoản phụ nào, giải thích phạm vi bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải thực hiện, quyền lợi của quý vị và những gì quý vị phải thực hiện với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi.

Ban Dịch Vụ Hội Viên: Phòng ban trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, phàn nàn và khiếu nại. Xem **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về Ban Dịch Vụ Hội Viên.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Nhà thuốc (cửa hàng thuốc) đã đồng ý bán thuốc theo toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là “nhà thuốc trong mạng lưới” vì họ đã đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ đài thọ toa thuốc của quý vị khi được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: “Nhà cung cấp” là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ và dịch vụ chăm sóc. Thuật ngữ này cũng bao gồm bệnh viện, cơ quan chăm sóc tại nhà, phòng khám và các địa điểm khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế và dịch vụ hỗ trợ dài hạn.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là “nhà cung cấp trong mạng lưới” khi họ đồng ý hợp tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí cho hội viên.

- Trong khi quý vị là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được đài thọ. Các nhà cung cấp trong mạng lưới cũng được gọi là "nhà cung cấp của chương trình".

Viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc: Cơ sở chăm sóc cho những người không thể được chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm viện.

Thanh tra viên: Văn phòng tại tiểu bang của quý vị hoạt động với vai trò người đại diện để bảo vệ quyền lợi của quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có phàn nàn và có thể giúp quý vị hiểu cần phải làm gì. Dịch vụ của thanh tra viên được cung cấp miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin tại **Chương 2 và Chương 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 dịch vụ có được đài thọ hay không hoặc số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ được đài thọ. Quyết định của tổ chức còn được gọi là "quyết định về phạm vi bảo hiểm". **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các quyết định về phạm vi bảo hiểm.

Sản Phẩm Sinh Học Gốc: Sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và được sử dụng làm đối chứng cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Sản phẩm này cũng được gọi là sản phẩm tham chiếu.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Trong Original Medicare, các dịch vụ được đài thọ bằng cách trả cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác các khoản tiền do Quốc Hội quyết định.

- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe nào 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 trên toàn nước Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Nhà thuốc không đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp thuốc được đài thọ cho hội viên của chương trình. Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho hầu hết các loại thuốc quý vị nhận từ nhà thuốc ngoài mạng lưới trừ khi có những điều kiện nhất định được áp dụng.

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 quản lý và không có hợp đồng để cung cấp dịch vụ được đài thọ cho hội viên của chương trình. **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích về các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Chi phí tự trả: Yêu cầu chia sẻ chi phí mà hội viên phải trả cho phần thuốc họ nhận cũng được gọi là "chi phí tự trả". Xem định nghĩa “chia sẻ chi phí” ở trên.

Thuốc không cần toa (OTC): Thuốc không cần toa là những loại thuốc hoặc dược phẩm mà một người có thể mua mà không cần toa thuốc từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Phần A: Xem phần “Medicare Phần A”.

Phần B: Xem phần “Medicare Phần B”.

Phần C: Xem phần “Medicare Phần C”.

Phần D: Xem phần “Medicare Phần D”.

Thuốc Phần D: Xem phần “Thuốc Medicare Phần D”.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ [Protected health information, PHI]): Thông tin về quý vị và tình trạng sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám với bác sĩ và tiền sử y tế. Xem 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 quyền lợi của quý vị đối với PHI.

Dịch vụ phòng ngừa: Chăm sóc sức khỏe nhằm phòng ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi việc điều trị có khả năng mang lại hiệu quả cao nhất (ví dụ: dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Phết tế bào cổ tử cung [Papanicolaou, Pap], tiêm vắc-xin cúm và chụp quang tuyến vú sàng lọc).

Nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary care provider, PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị thường sử dụng đầu tiên khi gặp hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết để giữ gìn sức khỏe.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị đến họ.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp chăm sóc chính của mình trước khi sử dụng bất kỳ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe nào khác.

- Xem **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về việc nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp chăm sóc chính.

Sự cho phép trước (Prior authorization, PA): Sự chấp thuận mà quý vị phải nhận được từ chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể, hoặc thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi có thể sẽ không đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc đó nếu quý vị không có sự chấp thuận trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ cho một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác của quý vị có được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được đài thọ cần PA của chương trình được ghi chú trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ một số loại thuốc nếu quý vị nhận được PA từ chúng tôi.

- Các thuốc được đài thọ cần PA được ghi chú trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* và các quy tắc được đăng trên trang mạng của chúng tôi.

Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Chương trình bảo hiểm cho quyền lợi Medicare và Medicaid cho những người từ 55 tuổi trở lên, những người cần mức độ chăm sóc cao hơn để có thể sống tại nhà.

Phục Hình và Dụng Cụ Chỉnh Hình: Các thiết bị y tế do bác sĩ hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác kê đơn, bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận cơ thể hoặc chức năng bên trong, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng dùng trong và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức cải thiện chất lượng (Quality improvement organization, QIO): Nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp nâng cao chất lượng chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Chính phủ liên bang chi trả cho QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc dành cho bệnh nhân. Xem **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể có. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc được đài thọ cho mỗi toa thuốc.

Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực: Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính cho phép người ghi danh tra cứu thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng và dành riêng cho từng người về các thuốc được đài thọ và quyền lợi. Công cụ này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế có thể được dùng cho cùng một tình trạng

sức khỏe và các hạn chế về phạm vi bảo hiểm (sự cho phép trước, trị liệu từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Giới thiệu: Giới thiệu là chấp thuận của nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị hoặc của chương trình chúng tôi để quý vị thăm khám với một nhà cung cấp khác ngoài PCP của quý vị. Nếu quý vị không có chấp thuận trước, chúng tôi có thể sẽ không đài thọ các dịch vụ đó. Quý vị không cần giới thiệu để sử dụng một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giới thiệu tại **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Dịch vụ điều trị quý vị nhận được để giúp quý vị hồi phục sau khi mắc bệnh, bị tai nạn, hoặc trải qua ca phẫu thuật lớn. Xem **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe sinh sản và tình dục, kế hoạch hóa gia đình, bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infection, STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn do sử dụng chất kích thích, dịch vụ chăm sóc khẳng định giới và bạo hành quý vị tình.

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp nhận hội viên nếu chương trình đó giới hạn việc ghi danh dựa trên nơi cư trú của người tham gia. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, khu vực dịch vụ thường là nơi quý vị có thể nhận được các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled nursing facility, SNF): Cơ sở điều dưỡng có đội ngũ nhân viên và trang thiết bị để cung cấp dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trong hầu hết các trường hợp là dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn cùng các dịch vụ y tế liên quan khác.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày tại 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 (intravenous, IV) do y tá được hành nghề hoặc bác sĩ thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa: Bác sĩ điều trị một số loại vấn đề chăm sóc sức khỏe nhất định. Ví dụ: bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình điều trị xương bị gãy; bác sĩ khoa dị ứng điều trị các chứng dị ứng; và bác sĩ khoa tim điều trị các vấn đề về tim. Trong hầu hết các trường hợp, hội viên sẽ cần giấy giới thiệu từ PCP của họ để đến khám với bác sĩ chuyên khoa.

Nhà thuốc chuyên khoa: Xem **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về các nhà thuốc chuyên khoa.

Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang: Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi không cho phép, hoặc chúng tôi không tiếp tục chi trả cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đang có, quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu kết quả Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang thuận theo quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ mà quý vị yêu cầu.

Trị liệu từng bước: Quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị phải thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đài thọ cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI): Quyền lợi hàng tháng do Cơ Quan An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, khiếm thị hoặc từ 65 tuổi trở lên. Quyền lợi SSI không giống như quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được cho một căn bệnh, chấn thương, hoặc tình trạng bất ngờ không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến thăm khám với nhà cung cấp trong mạng lưới vì theo thời gian, địa điểm, hoặc hoàn cảnh, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý (ví dụ khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị cần dịch vụ y tế ngay lập tức cho một tình trạng bất ngờ nhưng không phải là cấp cứu).

Ban Dịch Vụ Hội Viên Alameda Alliance Wellness.

GỌI ĐIỆN THOẠI	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) Các cuộc gọi đến số này được miễn cước. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Ban Dịch Vụ Hội Viên cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	1.800.735.2929 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn cước. 8 giờ sáng – 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần.
FAX	1.877.747.4504
VIẾT THƯ	Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502 AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
TRANG MẠNG	www.alamedalliance.org/alliancewellness