CA H3038-003

2024
Sổ Tay Thành Viên

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) một chương trình Medicare Medi-Cal

California H3038-003

Phục vụ các hạt sau đây: Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego

Có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 năm 2024

MOLINA® HEALTHCARE

Sổ Tay Thành Viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

01/01/2024 – 12/31/2024

Bảo hiểm y tế và Bảo hiểm thuốc của quý vị theo Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-D-SNP)

Giới thiệu về *Sổ tay thành viên*

Sổ tay thành viên, hay còn gọi là Chứng từ Bảo hiểm, cho quý vị biết về mức bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi cho đến 12/31/2024. Sổ tay giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và sử dụng chất kích thích), bảo hiểm thuốc theo toa và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở **Chương 12** trong Sổ tay thành viên.

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất tài liệu này ở nơi an toàn.

Khi Sổ tay thành viên này đề cập “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “chương trình của chúng tôi”, đó có nghĩa là Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armeni, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindu, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Mien, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraine, tiếng Việt.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi đến bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang này. Cuộc gọi này miễn phí.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ hoặc định dạng mà quý vị cần. Đây gọi là yêu cầu thường xuyên. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường xuyên của quý vị, vì vậy quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị.

Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, vui lòng liên hệ Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương để cập nhật ngôn ngữ ưu tiên vào hồ sơ của quý vị. Để nhận tài liệu này ở định dạng thay thế, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường xuyên. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người quản lý hồ sơ của mình để được trợ giúp về các yêu cầu thường xuyên.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at. Someone that speaks can help you. This is a free service. Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, Vietnamese, and any additional languages required by the state.

Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al *(855) 665-4627 TTY: 711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.*

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم *(855) 665-4627* وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم *TTY*، فيمكنهم الاتصال على:. 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمينية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարեք մեզ *(855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգորերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տագալոգ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ոք կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:*

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ *(855) 665-4627 TTY: 711*។ *នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្ចាស៊ី បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ង អ៊ីតាលី អាល្លឺម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉ ឡាវ ម៉ៀន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ីយក្រែន ឬជ្រៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។*

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 *(855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。*

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهیکافی است از طریق شماره *711(855) 665-4627 TTY:* با ما تماس بگیریدفردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au *(855) 665-4627 TTY: 711. Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan *(855) 665-4627 TTY: 711. Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें *(855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।*

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob.Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm *(855) 665-4627 TTY: 711. Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj.Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero *(855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, tailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter *(855) 665-4627 TTY: 711. Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、*(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。*

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 *(855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.*

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ *(855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມນຽນ, ກໍາປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອິຕາລີ, ເຍຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, �โปแลน, ปอกตุยกาน, ปันจาบี, ລັດເຊຍ, ตากาลอก, ไท, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ*

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a’ fai ndie nyei sou-gorn.Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv *(855) 665-4627 TTY: 711.Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba’ miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a’ fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih.Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.*

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer *(855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendżabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.*

Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone *(855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.*

Punjabi:

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (855) 665-4627 *TTY:* 771 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکدا اے۔ ایہہ اک مفت سروس اے۔

Russian:

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.*

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa *(855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.*

Thai:

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่*(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมี่ยน โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษายูเครนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ*

Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.*

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số *(855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.*

Mục Lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên 11

Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực quan trọng 25

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ được bao trả khác 43

Chương 4: Bảng Phúc lợi 68

Chương 5: Nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị 134

Chương 6: Số tiền quý vị chi trả cho thuốc theo toa của Medicare và Medi-Cal Medicaid 154

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán khoản chia sẻ trong hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả 166

Chương 8: Các quyền và trách nhiệm của quý vị 173

Chương 9. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại) 192

Chương 10: Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 244

Chương 11: Thông báo pháp lý 252

Chương 12: Định nghĩa những thuật ngữ quan trọng 255

Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- Bảo hiểm theo Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện được gọi là "khoản bảo hiểm thiết yếu tối thiểu". Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân của Đạo luật bảo vệ bệnh nhân và chăm sóc sức khỏe hợp túi tiền (ACA). Truy cập trang web của Sở thuế vụ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chia sẻ từng cá nhân.
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) là Chương trình bảo hiểm sức khỏe với một Hợp đồng Medicare và một hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang. Việc ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- Điều kiện để ghi danh vào các Chương trình phúc lợi mẫu hoặc RI theo Mô hình VBID không được đảm bảo và sẽ do MAO quyết định sau ghi danh, dựa trên các tiêu chí liên quan như chẩn đoán lâm sàng, các tiêu chí về tính đủ điều kiện, việc tham gia vào chương trình quản lý bệnh tật của tiểu bang trong trường hợp tính đủ điều kiện tham gia các Chương trình phúc lợi mẫu hoặc RI của Người ghi danh mục tiêu không được đảm bảo hoặc không thể được xác định trước một Năm chương trình, nếu áp dụng.
- Medicare chấp thuận cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cung cấp những phúc lợi này và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm thấp hơn theo chương trình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị. Chương trình này cho phép Medicare thử nghiệm nhiều cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.

THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Molina Healthcare (Molina) tuân thủ luật pháp về quyền dân sự Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên tính dục, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, độ tuổi, khuyết tật về tinh thần hay thể chất, tình trạng bệnh lý, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tính dục.

Nếu quý vị tin rằng Molina đã phân biệt đối xử dựa trên tính dục, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, độ tuổi, khuyết tật về tinh thần hay thể chất, tình trạng bệnh lý, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn than phiền đến:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
Điện thoại: (866) 606-3889 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương
TTY: 711
Fax: (562) 499-0610
Email: civil.rights@MolinaHealthcare.com

Quý vị có thể nộp đơn than phiền trực tiếp, qua đường bưu điện, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp than phiền, Điều phối viên Quyền Dân Sự sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về quyền dân sự với Office of Civil Rights (Văn phòng Quyền dân sự) thuộc California Department of Health Care Services (Cơ quan Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiểu bang California) qua điện thoại, bằng văn bản hoặc theo phương thức điện tử:

Deputy Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Nếu quý vị cho rằng Molina đã phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc dân tộc, khuyết tật, tuổi tác hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại quyền dân sự với U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y tế và Dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Văn phòng Quyền dân sự) theo phương thức điện tử thông qua Cổng thông tin khiếu nại của Văn phòng Quyền dân sự tại địa chỉ:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
hoặc qua thư hoặc điện thoại tại:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1–800–868–1019 hoặc 800–537–7697 (TDD)
Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên

Giới Thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), một chương trình y tế bao trả cho tất cả các dịch vụ Medicare của quý vị và điều phối tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, cũng như tư cách thành viên của quý vị trong chương trình. Chương này cũng cho quý vị biết những điều có thể trông đợi và thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi 13

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 13

B1. Medicare 13

B2. Medi-Cal 13

C. Lợi ích của chương trình chúng tôi 14

D. Khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi 15

E. Điều kiện để quý vị trở thành một thành viên trong chương trình 15

F. Những điều có thể trông đợi khi quý vị tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi lần đầu 16

G. Đội ngũ chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị 17

G1. Đội ngũ chăm sóc 17

G2. Kế hoạch chăm sóc 17

H. Chi phí hàng tháng của quý vị cho Molina Medicare Complete Care Plus 18

H1. Phí bảo hiểm của chương trình 18

H2. Phí bảo hiểm hàng tháng của Medicare Phần B 18

H3. Phí bảo hiểm Phúc lợi bổ sung tùy chọn 19

I. Sổ tay thành viên của quý vị 19

J. Thông tin quan trọng khác quý vị nhận được từ chúng tôi 19

J1. Thẻ ID thành viên của quý vị 19

J2. *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* *20*

J3. Danh sách thuốc được bao trả 22

J4. *Giải thích về phúc lợi* *22*

K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị 23

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 24

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những cá nhân hội đủ điều kiện tham gia cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi, bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp khác. Chúng tôi cũng có những Người quản lý hồ sơ và đội ngũ chăm sóc để giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả bọn họ đều làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Tại Molina Healthcare, chúng tôi hiểu rằng mỗi thành viên đều khác nhau và có các nhu cầu riêng. Do đó, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) kết hợp các phúc lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình để quý vị có thể an tâm và nhận được sự trợ giúp theo nhu cầu cá nhân.

Molina Healthcare được thành lập cách đây 35 năm với mong muốn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho nhiều người hơn nữa – đặc biệt là những ai cần điều đó nhất. Ngay từ khi bắt đầu, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) đã đặt nhu cầu của các thành viên lên hàng đầu và chúng tôi vẫn tiếp tục làm điều đó cho đến hiện tại.

Chào mừng quý vị đến với Molina Healthcare. Đại gia đình của quý vị.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

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

- những người từ 65 tuổi trở lên,
- một số người dưới 65 tuổi có tình trạng khuyết tật nhất định và
- những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên chương trình Medicaid của California. Medi-Cal được điều hành bởi tiểu bang và được chi trả bởi chính quyền tiểu bang và liên bang. Medi-Cal giúp người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế trả tiền cho Các Dịch Vụ Và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS) và chi phí y tế. Chương trình này bao trả thêm các dịch vụ và thuốc mà Medicare không bao trả.

Mỗi tiểu bang tự quyết định:

- khoản được tính là thu nhập và nguồn lực,
- đối tượng đủ điều kiện,
- dịch vụ được bao trả và
- chi phí cho các dịch vụ.

Các tiểu bang có thể quyết định cách điều hành chương trình của mình, miễn là tuân thủ các quy tắc của liên bang.

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

- chúng tôi quyết định 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 khả năng đủ điều kiện nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị vẫn không bị ảnh hưởng.

C. Lợi ích của chương trình chúng tôi

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

Chúng tôi giúp các phúc lợi Medicare và Medi-Cal kết hợp hiệu quả hơn và hữu ích hơn cho quý vị. Một vài lợi ích bao gồm:

- Quý vị có thể làm việc với **chúng tôi cho hầu hết** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có đội ngũ chăm sóc do quý vị lựa chọn. Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể bao gồm quý vị, người chăm sóc của quý vị, bác sĩ, điều dưỡng, tư vấn viên và các chuyên gia y tế khác.
- Quý vị được tiếp cận Người quản lý hồ sơ. Đây là người làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với đội ngũ chăm sóc của quý vị để lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị có thể định hướng dịch vụ chăm sóc của riêng mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và Người quản lý hồ sơ.
- Đội ngũ chăm sóc và Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ làm việc với quý vị để thiết kế một kế hoạch chăm sóc đáp ứng nhu cầu về sức khỏe của quý vị. Đội ngũ chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ quý vị cần. Ví dụ: điều này có nghĩa là đội ngũ chăm sóc của quý vị đảm bảo rằng:
    - Các bác sĩ của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị dùng, như vậy họ có thể chắc chắn rằng quý vị đang dùng các loại thuốc phù hợp và có thể làm giảm bất kỳ tác dụng phụ nào của thuốc mà quý vị có thể gặp phải.
    - Kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và các nhà cung cấp khác, khi thích hợp.

Các thành viên mới của Molina Medicare Complete Care Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus để hưởng phúc lợi Medicare của quý vị vào ngày 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua Molina Medicare Complete Care Plus. Sẽ không có thời gian không được bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711 nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

D. Khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các hạt trong tiểu bang California:

- Các hạt Los Angeles, San Diego, Riverside và San Bernardino.

Chương trình của chúng tôi chỉ dành cho những người sống ở khu vực dịch vụ của chúng tôi.

Quý vị không thể ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi. Tham khảo **Chương 8** của Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm thông tin về các ảnh hưởng của việc chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.

E. Điều kiện để quý vị trở thành một thành viên trong chương trình

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

- sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi (các cá nhân bị giam giữ không được xem là sống trong khu vực dịch vụ ngay cả khi họ đang ở trong khu vực đó), **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 sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ, **và**
- hiện hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal, **và**

Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nhưng có thể dự kiến sẽ lại đủ điều kiện trong vòng 3 tháng, thì quý vị vẫn hội đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi.

Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông.

F. Những điều có thể trông đợi khi quý vị tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi lần đầu

Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu, quý vị sẽ nhận được đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày ghi danh có hiệu lực.

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

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để hoàn thành HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA thông qua thăm khám trực tiếp, qua điện thoại hoặc thư từ.

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

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

- Quý vị, đại diện hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp hiện tại.
- Chúng tôi xác định rằng quý vị có mối quan hệ hiện tại với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chăm sóc chuyên khoa với một số trường hợp ngoại lệ. “Mối quan hệ hiện tại” nghĩa là quý vị đã có ít nhất một lần khám không phải là trường hợp cấp cứu tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong 12 tháng trước ngày đầu tiên ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi.
    - Chúng tôi xác định mối quan hệ hiện tại bằng cách xem xét thông tin sức khỏe hiện có của quý vị hoặc thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi.
    - Chúng tôi có 30 ngày để phản hồi yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh hơn và chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày. 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 xuất trình tài liệu về mối quan hệ hiện tại và đồng ý các điều khoản nhất định khi thực hiện yêu cầu này.

Lưu ý: Quý vị có thể thực hiện yêu cầu này đối với các nhà cung cấp Thiết bị y tế lâu bền (DME) trong ít nhất 90 ngày cho tới khi chúng tôi phê duyệt một thiết bị thuê mới và cho một nhà cung cấp trong mạng lưới giao thiết bị thuê. Dù quý vị không thể thực hiện yêu cầu này với các nhà cung cấp vận chuyển hoặc các nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ khác, quý vị có thể thực hiện yêu cầu đối với các dịch vụ vận chuyển hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không được bao gồm trong chương trình của chúng tôi.

Sau khi thời gian chăm sóc liên tục kết thúc, quý vị sẽ cần sử dụng bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới Molina Medicare Complete Care Plus được liên kết với nhóm y tế thuộc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe. PCP của chương trình chúng tôi được liên kết với các IPA và nhóm y tế. Khi quý vị lựa chọn PCP, quý vị cũng lựa chọn IPA hoặc 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 liên kết với IPA hoặc nhóm y tế của họ. IPA hoặc Nhóm y tế là một tổ chức gồm các PCP và các bác sĩ chuyên khoa được lập ra để cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được điều phối. Vui lòng tham khảo Chương 3 trong Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Đội ngũ chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị

G1. Đội ngũ chăm sóc

Một đội ngũ chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận sự chăm sóc quý vị cần. Một đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, Người quản lý hồ sơ hoặc những người chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị lựa chọn.

Người quản lý hồ sơ là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Quý vị sẽ có Người quản lý hồ sơ khi ghi danh chương trình của chúng tôi. Người này cũng giới thiệu cho quý vị các nguồn lực cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi có thể không cung cấp và sẽ làm việc với đội ngũ chăm sóc của quý vị để giúp điều phối sự chăm sóc của quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số ở cuối trang để biết thêm thông tin về Người quản lý hồ sơ và đội ngũ chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lập một kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết loại dịch vụ quý vị cần và cách nhận được dịch vụ đó. Kế hoạch chăm sóc bao gồm các dịch vụ về y tế, sức khỏe hành vi và LTSS hoặc các dịch vụ khác.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị bao gồm:

- mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị, **và**
- khung thời gian nhận dịch vụ quý vị cần.

Đội ngũ chăm sóc sẽ gặp quý vị sau khi quý vị thực hiện HRA. Họ sẽ hỏi quý vị về những dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng cho quý vị biết về những dịch vụ mà quý vị có thể muốn cân nhắc để có. Kế hoạch chăm sóc của quý vị được lập ra dựa trên nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Ít nhất hàng năm, đội ngũ chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị.

H. Chi phí hàng tháng của quý vị cho Molina Medicare Complete Care Plus

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

- Phí bảo hiểm của chương trình (Phần H1)
- Phí bảo hiểm hàng tháng của Medicare Phần B (Phần H2)
- Phí bảo hiểm Phúc lợi bổ sung tùy chọn (Phần H3)

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm chương trình của quý vị của thể thấp hơn.

H1. Phí bảo hiểm của chương trình

Với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình. Phí bảo hiểm hàng tháng của Molina Medicare Complete Care Plus cho năm 2024 là $0.

H2. Phí bảo hiểm hàng tháng của Medicare Phần B

Nhiều thành viên cần phải thanh toán các loại phí bảo hiểm Medicare khác

một số thành viên cần phải thanh toán các loại phí bảo hiểm Medicare khác. Như được giải thích trong Phần E ở trên, để hội đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tính hội đủ điều kiện đối với Medi-Cal cũng như cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A của quý vị (nếu quý vị không tự động đủ tiêu chuẩn cho bảo hiểm này) và phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.

Nếu Medi-Cal không thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là thành viên của chương trình. Phí này bao gồm phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. Phí này cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm Medicare Phần A, có ảnh hưởng đến các thành viên không hội đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Medicare

Phần A. **Ngoài ra, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị và thông báo cho họ về thông báo này.**

H3. Phí bảo hiểm Phúc lợi bổ sung tùy chọn

Nếu quý vị đã đăng ký phúc lợi bổ sung, còn được gọi là "phúc lợi bổ sung tùy chọn", thì quý vị thanh toán thêm phí bảo hiểm từng tháng cho các phúc lợi bổ sung này. Tham khảo Chương 4, Phần E để biết thông tin chi tiết.

I. *Sổ tay thành viên của quý vị*

Sổ tay thành viên của quý vị là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Điều này có nghĩa là chúng tôi phải tuân theo các quy tắc trong tài liệu này. Nếu cho rằng chúng tôi đã làm điều gì đó đi ngược lại các quy tắc này, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về cách kháng nghị, tham khảo **Chương 9** trong Sổ tay thành viên của quý vị hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu Sổ tay thành viên bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo Sổ tay thành viên trên trang web của chúng tôi MolinaHealthcare.com/Medicare.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị được ghi danh vào chương trình của chúng tôi từ ngày **1/1/2024** đến ngày **12/31/2024**.

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

Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ ID thành viên, thông tin về cách truy cập Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc cũng như thông tin về cách truy cập Danh sách thuốc được bao trả, hay được gọi là *Danh mục thuốc.*

J1. Thẻ ID thành viên của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của mình, bao gồm LTSS, một số dịch vụ sức khỏe hành vi và thuốc theo toa. Quý vị trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Đây là Thẻ ID thành viên mẫu:

Nếu Thẻ ID thành viên của quý vị bị hỏng, bị mất hoặc bị mất cắp, hãy gọi ngay cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Miễn là quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương hay thẻ Medi-Cal của mình để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy giữ các thẻ này ở nơi an toàn trong trường hợp quý vị cần dùng sau này. Nếu quý vị trình thẻ Medicare thay cho Thẻ ID thành viên, nhà cung cấp có thể lập hóa đơn cho Medicare thay vì chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp.

Hãy nhớ rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ nhận dạng phúc lợi (BIC) để tiếp cận các dịch vụ sau:

J2. *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc*

Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được các dịch vụ được bao trả.

Quý vị có thể yêu cầu *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* (bằng phương thức điện tử hoặc bản cứng) bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang. Yêu cầu bản cứng Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc sẽ được gửi cho quý vị theo đường bưu điện trong vòng ba ngày làm việc.

Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Danh mục này liệt kê các Bác sĩ chăm sóc chính (PCP), bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được cung cấp cho quý vị với tư cách là thành viên của Molina Healthcare. Quý vị cũng có thể tìm thấy các thông tin dưới đây về các bác sĩ của Molina Healthcare và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trong Danh mục nhà cung cấp:

- Tên
- Địa chỉ
- Số điện thoại
- Ngôn ngữ nói
- Các địa điểm dịch vụ có sẵn
- Gia Nhập / Đặc Quyền Bệnh Viện
- Nhóm y tế

Điều quan trọng là bệnh nhân có thể gặp bác sĩ dễ dàng, và văn phòng bác sĩ cung cấp mọi sự trợ giúp mà bệnh nhân cần để nhận được chăm sóc. Thông tin về khả năng tiếp cận vật lý được liệt kê cho:

- Quyền tiếp cận cơ bản
- Quyền tiếp cận hạn chế

Chúng tôi cũng sử dụng các biểu tượng thể hiện khả năng tiếp cận sau đây trong Danh mục nhà cung cấp để thể hiện các khu vực tiếp cận khác tại văn phòng nhà cung cấp:

- P = Bãi đỗ xe
- EB = Tòa nhà bên ngoài
- IB = Tòa nhà bên trong
- W = Phòng chờ
- R = Nhà vệ sinh
- E = Phòng khám
- T = Bàn khám
- S = Cân xe lăn

Ngoài ra, để biết một nhà cung cấp (bác sĩ, bệnh viện, bác sĩ chuyên khoa hoặc phòng khám y khoa) hiện có tiếp nhận bệnh nhân mới hay không, quý vị có thể tìm hiểu trong Danh mục nhà cung cấp của mình hoặc tìm hiểu trực tuyến qua trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới

- Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm:
  - bác sĩ, y tá và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể sử dụng với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi;
  - các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng và những nơi khác cung cấp dịch vụ sức khỏe trong chương trình của chúng tôi; **và,**

- LTSS, các dịch vụ sức khỏe hành vi, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME) và các nhà cung cấp vật tư và dịch vụ khác mà quý vị sử dụng thông qua Medicare hoặc Medi-Cal.

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả dưới dạng khoản thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa về nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Hãy dùng *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
  - Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, quý vị *phải* nhận thuốc theo toa tại một trong những nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình của chúng tôi hỗ trợ quý vị thanh toán các loại thuốc đó.

Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả bộ phận Dịch vụ thành viên và trang web của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về các thay đổi liên quan đến các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. Danh sách thuốc được bao trả

Chương trình có *Danh sách thuốc được bao trả*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này cho quý vị biết thuốc theo toa nào mà chương trình của chúng tôi bao trả.

Danh sách thuốc cũng cho quý vị biết liệu có quy tắc hay hạn chế nào về bất cứ loại thuốc nào, chẳng hạn như giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận được. Tham khảo **Chương 5** trong Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm thông tin.

Mỗi năm, chúng tôi gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập Danh sách thuốc, nhưng một số thay đổi có thể xảy ra trong xuyên suốt năm. Để có được thông tin cập nhật nhất về loại thuốc được bao trả, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ ở cuối trang.

J4. *Giải thích về phúc lợi*

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

EOB cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị hoặc người khác thay mặt cho quý vị đã chi trả cho thuốc theo toa Medicare Phần D và tổng số tiền chúng tôi đã thanh toán cho mỗi loại thuốc theo toa Medicare Phần D trong tháng. EOB này không phải hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc mà quý vị sử dụng chẳng hạn như việc tăng giá và các loại thuốc khác có khoản chia sẻ chi phí

thấp hơn có thể có sẵn. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ kê toa của mình về các tùy chọn chi phí thấp hơn này. **Chương 6** trong Sổ tay thành viên của quý vị cung cấp thêm thông tin về EOB và cách giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của mình.

Quý vị cũng có thể yêu cầu EOB. Để nhận bản sao, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang.

K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị

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

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà thuốc của chúng tôi cũng cần thông tin chính xác về quý vị. **Họ sử dụng hồ sơ thành viên của quý vị để biết các dịch vụ và loại thuốc quý vị nhận và số tiền quý vị chi trả cho các dịch vụ và loại thuốc đó.**

Cho chúng tôi biết ngay những điều sau đây:

- thay đổi về tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị;
- thay đổi về bất kỳ bảo hiểm sức khỏe nào khác, chẳng hạn bảo hiểm từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng quý vị hoặc chủ lao động của bạn đời sống chung của quý vị hoặc khoản bồi thường cho người lao động;
- bất cứ yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như yêu cầu bồi thường do tai nạn xe hơi;
- nhập viện hoặc vào viện điều dưỡng;
- chăm sóc từ bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất kỳ ai có trách nhiệm đối với quý vị); và,
- nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về nghiên cứu lâm sàng mà quý vị đang tham gia hoặc trở thành một phần của nghiên cứu, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy).

Nếu bất cứ thông tin nào thay đổi, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang.

Thành viên có thể tạo tài khoản My Molina trực tuyến để thay đổi bác sĩ, cập nhật thông tin liên hệ, yêu cầu cấp thẻ ID mới, nhận nhắc nhở sức khỏe về các dịch vụ mình cần, hoặc xem lịch sử dịch vụ của mình. Truy cập https://member.molinahealthcare.com để tạo hoặc truy cập vào tài khoản My Molina của quý vị.

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

Thông tin trong hồ sơ thành viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI). Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi bảo mật PHI của quý vị. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, tham khảo **Chương 8** trong *Sổ tay thành viên của quý vị.*

Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Giới Thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ của các nguồn lực quan trọng có thể trợ giúp quý vị giải đáp thắc mắc về chương trình của chúng tôi và phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Thông qua chương này, quý vị cũng có thể tìm hiểu cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ và những người khác để bảo vệ quyền lợi thay mặt cho quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Bộ phận Dịch vụ thành viên 26

B. Người quản lý hồ sơ của quý vị 28

C. Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 29

D. Đường dây y tá tư vấn 31

E. Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi 32

F. Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) 32

G. Medicare 33

H. Medi-Cal 34

I. Văn phòng thanh tra về dịch vụ chăm sóc có quản lý và sức khỏe tinh thần Medi-Cal 35

J. Dịch vụ xã hội của hạt 36

K. Chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của hạt 37

L. Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California 38

M. Chương trình giúp mọi người chi trả thuốc theo toa 38

M1. Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help): 38

M2. Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP) 39

N. Cơ quan An sinh Xã hội 39

O. Ban Hưu trí Ngành đường sắ (RRB) 40

P. Bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm khác từ chủ lao động 40

Q. Các nguồn lực khác 41

R. Chương trình nha khoa Medi-Cal 42

A. Bộ phận Dịch vụ thành viên

GỌI	(855) 665-4627. Cuộc gọi này miễn phí. 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương Các công nghệ hỗ trợ, bao gồm các tùy chọn tự phục vụ và thư thoại, sẵn có vào các ngày nghỉ lễ, sau giờ hành chính và vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương
FAX	**Đối với Các Dịch Vụ Y Tế:** Fax: (310) 507-6186 **Đối với Các Dịch Vụ (Rx) Phần D:** Fax: (866) 290-1309
VIẾT THƯ	**Đối với Các Dịch Vụ Y Tế:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **Đối với Các Dịch Vụ (Rx) Phần D:** 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
TRANG WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để được trợ giúp về:

- thắc mắc về chương trình
- thắc mắc về yêu cầu bồi hoàn hoặc thanh toán
- 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:
    - phúc lợi và các dịch vụ được bao trả của quý vị **hoặc**
    - số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị.
  - Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Để biết thêm thông tin về quyết định bảo hiểm, tham khảo **Chương 9** trong*Sổ tay thành viên* của quý vị.

- Kháng nghị về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót hoặc không đồng ý với quyết định đó.
  - Để tìm hiểu thêm về cách kháng nghị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên của quý vị* hoặc liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên.
- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm cả nhà cung cấp trong và ngoài mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể khiếu nại với chúng tôi hoặc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) về chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được (tham khảo **Phần F**).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích về khiếu nại của quý vị theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.
  - Nếu quý vị có khiếu nại về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị (tham khảo phần phía trên).
  - Quý vị có thể gửi khiếu nại về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Quý vị có thể khiếu nại về chương trình của chúng tôi với Chương trình thanh tra Medicare Medi-Cal bằng cách gọi 1-888-804-3536.
  - Để tìm hiểu thêm về cách khiếu nại dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- các quyết định bảo hiểm đối với thuốc của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị là quyết định về:
    - phúc lợi và các thuốc được bao trả của quý vị **hoặc**
    - số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị.
  - Các loại thuốc không được Medicare bao trả bao gồm thuốc không kê toa (OTC) và một số vitamin nhất định có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.
  - Để biết thêm về các quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- kháng nghị về thuốc của quý vị
  - Kháng nghị là cách để yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
  - Để biết thêm về cách kháng nghị về thuốc theo toa của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

- khiếu nại về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm khiếu nại về các loại thuốc theo toa của quý vị.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về quyết định bảo hiểm thuốc theo toa cho quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. (Tham khảo phần phía trên.)
  - Quý vị có thể gửi khiếu nại về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Để biết thêm về cách khiếu nại về thuốc theo toa của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong
  - *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc quý vị đã trả tiền
  - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
  - Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và nếu chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

B. Người quản lý hồ sơ của quý vị

Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus là người liên hệ chính của quý vị. Người này giúp quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị, đồng thời đảm bảo rằng quý vị nhận được những gì cần thiết. Quý vị và/hoặc người chăm sóc của quý vị có thể yêu cầu thay đổi Người quản lý hồ sơ được chỉ định khi cần bằng cách gọi cho Người quản lý hồ sơ đó hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Ngoài ra, nhân viên Molina Medicare Complete Care Plus có thể thay đổi việc chỉ định Người quản lý hồ sơ của quý vị theo nhu cầu của quý vị (văn hóa/ngôn ngữ/thể chất/sức khỏe hành vi) hoặc địa điểm. Hãy liên lạc với bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.

GỌI	(855) 665-4627. Cuộc gọi này miễn phí. 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương Các công nghệ hỗ trợ, bao gồm các tùy chọn tự phục vụ và thư thoại, sẵn có vào các ngày nghỉ lễ, sau giờ hành chính và vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.

VIẾT THƯ	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
TRANG WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Hãy liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị để được trợ giúp về:

- thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- thắc mắc về việc nhận dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện)
- thắc mắc về phúc lợi nha khoa
- thắc mắc về dịch vụ đưa đón đến các buổi hẹn y tế

Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) bao gồm Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) và Cơ sở điều dưỡng (NF).

Đôi khi, quý vị có thể được giúp đỡ chăm sóc sức khỏe và nhu cầu sinh hoạt hàng ngày của quý vị.

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ sau:

- Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS),
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn,
- liệu pháp vật lý,
- trị liệu vận động,
- trị liệu âm ngữ,
- dịch vụ xã hội y tế, **và**
- chăm sóc sức khỏe tại nhà.
- Các Dịch vụ hỗ trợ tại nhà thông qua cơ quan dịch vụ xã hội của hạt,
- Để biết thêm thông tin liên quan đến dịch vụ LTSS của quý vị, hãy gọi đến Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627.

C. Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho những người có Medicare. Ở California, SHIP được gọi là Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu phải làm gì để xử lý vấn đề của mình. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các hạt và các dịch vụ đều miễn phí.

HICAP không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào.

GỌI	**Hạt Los Angeles:** (213) 383-4519 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 4:30 chiều, theo giờ địa phương **Hạt Riverside và San Bernardino:** (909)-256-8369 Thứ Hai – Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, theo giờ địa phương. **Hạt San Diego:** (858) 565-8772, văn phòng – San Diego (760) 353-0223, văn phòng – Imperial
TTY	711. Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	**Hạt Los Angeles:** Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **Hạt Riverside và San Bernardino:** HICAP Information 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 **Hạt San Diego:** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
TRANG WEB	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP

Liên hệ với HICAP để được trợ giúp về:

- thắc mắc về Medicare
- Tư vấn viên của HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị về việc thay đổi sang một chương trình mới và giúp quý vị:
  - hiểu các quyền của quý vị,
  - hiểu các lựa chọn chương trình của quý vị,
  - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, **và**
  - giải quyết các vấn đề với hóa đơn của quý vị.

D. Đường dây y tá tư vấn

Quý vị có thể gọi cho Đường dây y tá tư vấn của Molina Healthcare 24 giờ trong ngày, 365 ngày trong năm. Dịch vụ này kết nối quý vị đến một y tá đủ điều kiện có khả năng cho quý vị lời khuyên chăm sóc sức khỏe bằng ngôn ngữ của quý vị và hướng dẫn quý vị đến nơi có thể nhận được sự chăm sóc cần thiết. Đường dây y tá tư vấn của chúng tôi cung cấp dịch vụ cho tất cả Thành viên Molina Healthcare ở Hoa Kỳ. Đường dây y tá tư vấn là tổng đài về sức khỏe được URAC chứng nhận. Có được công nhận của URAC đồng nghĩa rằng đường dây y tá của chúng tôi đã thể hiện được cam kết toàn diện về cung cấp sự chăm sóc có chất lượng, qua đó cải thiện quy trình chăm sóc và nâng cao kết quả của bệnh nhân. Đường dây y tá tư vấn của chúng tôi cũng được NCQA chứng nhận ở mảng Sản phẩm thông tin sức khỏe (HIP) với Đường dây thông tin sức khỏe phục vụ 24/7/365. NCQA được tạo ra nhằm tuân thủ tiêu chuẩn thông tin sức khỏe của NCQA đối với các tiêu chuẩn hiện hành áp dụng cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Đường dây y tá tư vấn sẽ đánh giá độ an toàn của quý vị, kết nối quý vị tới các dịch vụ cấp cứu, tìm một nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi và những nguồn lực từ cộng đồng cũng như giới thiệu quý vị tới một Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus. Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) theo số (855) 665-4627.

Quý vị cần gọi cho Đường dây y tá tư vấn nếu cần sự giúp đỡ tức thì hoặc không chắc chắn về điều cần làm. Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu có thể gây tổn thương hoặc tử vong cho bản thân hoặc người khác, hãy đến phòng cấp cứu của bệnh viện gần nhất HOẶC gọi 911.

Quý vị có thể liên hệ tới Đường dây y tá tư vấn khi thắc mắc về sức khỏe hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

GỌI	(888) 275-8750 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần

E. Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi

Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp về sức khỏe tâm thần, quý vị có thể gọi cho chương trình sức khỏe tâm thần của hạt nơi quý vị sống để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể gọi hoặc nhắn tin đến số 988 miễn phí và đường dây hỗ trợ khủng hoảng bí mật, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (24/7).

GỌI	**Đối với Hạt Los Angeles:** Department of Mental Health (Sở Sức Khỏe Tâm Thần) của Hạt Los Angeles: 1-800-854-7771 (Đường dây hỗ trợ 24/7) - TTY: 711 **Đối với Hạt Riverside:** Hệ Thống Sức Khỏe Đại Học Riverside – Sức Khỏe Hành Vi 1-800-499-3008 **Đối với Hạt San Bernardino:** Department of Behavioral Health (Sở Sức Khỏe Hành Vi) của Hạt San Bernardino 1-888-743-1478 (Đường dây trợ giúp 24 giờ) hoặc 1-800-968-2636 (đường dây trợ giúp 24 giờ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện) **Đối với Hạt San Diego:** Behavioral Health Services của Hạt San Diego 1-888-724-7240 (Đường dây tiếp cận và hỗ trợ lúc khủng hoảng 24/7) - TTY: 711

F. Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO)

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

GỌI	(877) 588-1123
TTY	711 Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
TRANG WEB	https://livantaqio.com/en/states/california

Liên hệ với Livanta để được trợ giúp về:

- thắc mắc về các quyền được nhận chăm sóc sức khỏe của quý vị
- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được nếu quý vị:
  - gặp vấn đề với chất lượng chăm sóc,
  - nghĩ rằng thời gian nằm viện kết thúc quá sớm, **hoặc**
  - Nghĩ rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ cơ sở phục hồi chức năng toàn diện cho bệnh nhân ngoại trú (CORF) 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 có tình trạng khuyết tật nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (những người bị suy thận kinh niên cần được lọc máu hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), hay còn gọi là CMS.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG WEB	www.medicare.gov Đây là trang web chính thức của Medicare. Trang web cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về Medicare. Trang web cũng cung cấp thông tin về bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và dịch vụ chăm sóc cuối đời. Trang web bao gồm các trang web và số điện thoại hữu ích. Trang web cũng có các tài liệu mà quý vị có thể in ra trực tiếp từ máy tính của mình. Nếu quý vị không có máy tính thì thư viện hoặc trung tâm người cao tuổi tại địa phương có thể giúp quý vị truy cập trang web này bằng cách sử dụng máy tính của họ. Hoặc quý vị có thể gọi cho Medicare theo số điện thoại ở trên và cho họ biết quý vị đang tìm kiếm điều gì. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và đối chiếu thông tin với quý vị.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là chương trình bảo hiểm y tế cộng đồng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho các cá nhân có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có con cái, người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em và thanh thiếu niên được chăm sóc thay thế và phụ nữ mang thai. Medi-Cal được tài trợ bởi các khoản tiền của tiểu bang và chính quyền liên bang.

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

Quý vị được ghi danh tham gia Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị có thắc mắc về phúc lợi Medi-Cal của mình, hãy gọi cho Người quản lý hồ sơ của chương trình quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về việc ghi danh chương trình Medi-Cal, hãy gọi cho Health Care Options.

GỌI	1-800-430-4263 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, giờ địa phương
TTY	1-800-430-7077 Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Health Care Options của Department of Health Care Services (Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe) CA P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Văn phòng thanh tra về dịch vụ chăm sóc có quản lý và sức khỏe tinh thần Medi-Cal

Văn phòng thanh tra hoạt động với vai trò bảo vệ quyền lợi cho quý vị. Họ có thể trả lời thắc mắc của quý vị nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu điều làm. Văn phòng thanh tra cũng có thể giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ không liên kết với chương trình của chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Dịch vụ của họ miễn phí.

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

J. Dịch vụ xã hội của hạt

Nếu quý vị cần giúp đỡ với phúc lợi của Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS), hãy liên hệ với cơ quan Dịch Vụ Xã Hội của Hạt tại địa phương quý vị. Chương trình In-Home Supportive Services (IHSS) có thể cung cấp các dịch vụ để quý vị có thể an toàn ở tại chính ngôi nhà của mình. IHSS được xem là chương trình thay thế cho dịch vụ chăm sóc bên ngoài nhà, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc. Để đăng ký IHSS, hãy liên lạc với Văn phòng IHSS tại hạt địa phương của quý vị.

Liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội của hạt để đăng ký Dịch vụ hỗ trợ tại nhà, điều này sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể an toàn trong chính ngôi nhà của mình. Các loại dịch vụ có thể có bao gồm giúp chuẩn bị bữa ăn, tắm rửa, mặc quần áo, giặt là, mua sắm và vận chuyển.

Hãy liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội của hạt nếu có bất kỳ thắc mắc nào về tính đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị.

GỌI	**Hạt Riverside:** (877) 410-8827 Thứ Hai - Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương Cuộc gọi này miễn phí. **Hạt Los Angeles:** (888) 822-9622 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương **Hạt San Bernardino:** (909) 387-4544 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương **Hạt San Diego:** Trong Hạt San Diego: (800) 510-2020 Cuộc gọi này miễn phí. Ngoài Hạt San Diego: (800) 339-4661 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương.
TTY	711 Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.

VIẾT THƯ	**Los Angeles County Department of Public Social Services** 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007 **County of Riverside In-Home Supportive Services** 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557 **County of San Bernardino In-Home Supportive Services** 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640 **Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
TRANG WEB	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. Chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của hạt

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của hạt nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tiếp cận.

GỌI	**Department of Mental Health (Sở Sức Khỏe Tâm Thần) của Hạt Los Angeles:** (800) 854-7771 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần **Riverside University Health Systems Behavioral Health - Đường dây Tiếp cận cộng đồng và giới thiệu, đánh giá và hỗ trợ (CARES)**: (800) 499-3008 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ 30 phút chiều, theo giờ địa phương. **Hạt San Bernardino - Department of Behavioral Health (Sở Sức Khỏe Hành Vi):** (888) 743-1478 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần **Hạt San Diego - Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Services):** (888) 724-7240 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.

Liên hệ với chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của hạt về:

- thắc mắc về dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa được cung cấp ở hạt

L. Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California

Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (DMHC) chịu trách nhiệm điều phối các chương trình bảo hiểm y tế. Trung tâm trợ giúp DMHC có thể giúp quý vị kháng nghị và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal.

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

M. Chương trình giúp mọi người chi trả thuốc theo toa

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

M1. Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help):

Vì hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal nên quý vị cũng đủ tiêu chuẩn được nhận “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa của quý vị. Quý vị không cần phải làm gì để nhận “Hỗ trợ Bổ sung” này.

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

M2. Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP)

ADAP giúp những cá nhân bị HIV/AIDS đủ điều kiện tham gia chương trình ADAP được tiếp cận các thuốc HIV cứu mạng. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D cũng có trong danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa. Lưu ý: Để hội đủ điều kiện tham gia ADAP đang hoạt động tại tiểu bang của quý vị, các cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm cả bằng chứng cư trú tại tiểu bang và tình trạng mắc HIV, thu nhập thấp theo như định nghĩa của tiểu bang, và tình trạng không có bảo hiểm/không được bảo hiểm đầy đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị để quý vị có thể tiếp tục được nhận hỗ trợ về thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả, hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi điện cho (844) 421-7050.

N. Cơ quan An sinh Xã hội

Cơ quan An sinh Xã hội xác định tính hội đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên, hoặc người bị khuyết tật hoặc có bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) và đáp ứng một số điều kiện nhất định, thì hội đủ điều kiện đối với Medicare. Nếu quý vị đang nhận séc từ Cơ quan An sinh Xã hội, quý vị được tự động ghi danh vào Medicare. Nếu quý vị không được nhận séc từ Cơ quan An sinh Xã hội, quý vị phải ghi danh vào Medicare. Để đăng ký Medicare, quý vị có thể gọi điện thoại cho Social Security hoặc đến trực tiếp văn phòng Social Security tại địa phương của quý vị.

Nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, quý vị phải liên hệ với Cơ quan An sinh Xã hội để thông báo cho họ.

GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Hỗ trợ từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của họ để ghi lại thông tin và thực hiện một số công việc 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
EMAIL	https://secure.ssa.gov/emailus
TRANG WEB	www.ssa.gov

O. Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB)

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

GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Nếu quý vị nhấn phím “0”, quý vị có thể nói chuyện với đại diện của RRB, từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 phút chiều các ngày Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu, và 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa ngày Thứ Tư. Nếu quý vị nhấn phím “1”, quý vị có thể tiếp cận Đường dây trợ giúp tự động của RRB và ghi lại thông tin 24 giờ trong ngày, kể cả các ngày cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Các cuộc gọi đến số này *không được* miễn phí.
TRANG WEB	www.rrb.gov

P. Bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm khác từ chủ lao động

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị) nhận phúc lợi từ chủ lao động hoặc nhóm người về hưu của quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị) như một phần của chương trình này, quý vị có thể gọi điện thoại cho cơ quan quản lý phúc lợi của chủ lao động/ công đoàn hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Quý vị có thể hỏi về phúc lợi y tế của chủ lao động hoặc nhóm người về hưu của quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị), phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh. Quý vị cũng có thể gọi 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) để được giải đáp thắc mắc liên quan đến bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm người về hưu của quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị) vui lòng liên hệ **ban quản lý phúc lợi của nhóm đó.** Ban quản lý phúc lợi có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào trong chương trình của chúng tôi.

Q. Các nguồn lực khác

Chương trình Thanh Tra của Medicare Medi-Cal hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang cố gắng có được hoặc duy trì bảo hiểm y tế và giải quyết các vấn đề liên quan đến chương trình bảo hiểm y tế của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- chương trình bảo hiểm y tế của quý vị
- tiếp cận các dịch vụ y tế
- kháng nghị các dịch vụ bị từ chối, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần, v.v.
- thanh toán y tế
- IHSS (Dịch vụ hỗ trợ tại nhà)

Chương trình thanh tra Medicare Medi-Cal hỗ trợ khiếu nại, kháng nghị và điều trần. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra là 1-888-804-3536.

R. Chương trình nha khoa Medi-Cal

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

- khám ban đầu, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị bằng florua.
- phục hồi và bọc mão răng
- điều trị tủy răng
- làm răng giả một phần và toàn bộ hàm răng, điều chỉnh, sửa chữa và chỉnh lại nền đỡ răng

GỌI	1-800-322-6384 Cuộc gọi này miễn phí. Các phúc lợi nha khoa có sẵn thông qua các Chương trình Nha khoa trả phí theo dịch vụ và Chăm sóc nha khóa được quản lý (DMC) của Medi-Cal. Nhân viên đại diện Chương trình Nha khoa trả phí theo dịch vụ Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-800-735-2922 Số điện thoại này chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG WEB	www.dental.dhcs.ca.gov

Ngoài Chương trình Nha khoa trả phí theo dịch vụ của Medi-Cal, quý vị có thể nhận được phúc lợi nha khoa thông qua một kế hoạch chăm sóc nha khoa được quản lý. Các kế hoạch chăm sóc nha khoa được quản lý hiện có tại các hạt Sacramento và Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa hoặc muốn thay đổi chương trình nha khoa, vui lòng liên hệ Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (Người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí.

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

Giới Thiệu

Chương này có một số thuật ngữ và nguyên tắc quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác của chương trình chúng tôi. Chương này cũng cho quý vị biết về Người quản lý hồ sơ của quý vị, cách nhận được dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (bao gồm cả các nhà cung cấp và nhà thuốc ngoài mạng lưới), việc cần làm nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chúng tôi bao trả và các nguyên tắc sở hữu Thiết bị y tế lâu bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp 45

B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả 45

C. Người quản lý hồ sơ của quý vị 47

C1. Định nghĩa về Người quản lý hồ sơ 47

C2. Cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị 47

C3. Cách thay đổi Người quản lý hồ sơ của quý vị 47

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp 47

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) 47

D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới 50

D3. Khi một nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi 51

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 53

E. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 53

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện) 54

F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi 54

G. Dịch vụ vận chuyển 56

G1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp 56

G2. Vận chuyển phi y tế 57

H. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế, trường hợp khẩn cấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa 58

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế 58

H2. Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp 60

H3. Dịch vụ chăm sóc trong thời gian xảy ra thảm họa 60

I. Việc cần làm nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả 61

I1. Những việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ 61

J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một nghiên cứu lâm sàng 62

J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng 62

J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng 63

J3. Thông tin thêm về nghiên cứu lâm sàng 63

K. Phương thức bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tại một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 64

K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 64

K2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 64

L. Thiết bị y tế lâu bền (DME) 65

L1. DME với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi 65

L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 65

L3. Phúc lợi thiết bị cấp oxy với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi 66

L4. Thiết bị cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) 66

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp

Các dịch vụ là dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Các dịch vụ được bao trả** là bất cứ dịch vụ nào trong số này mà chương trình của chúng tôi chi trả. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và LTSS được bao trả được mô tả trong **Chương 4** của *Sổ tay thành viên* của quý vị. Các loại thuốc theo toa và thuốc không kê toa được bao trả có trong **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Nhà cung cấp là bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các nơi khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế cũng như một số LTSS nhất định cho quý vị.

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

B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả

Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ của Medicare và Medi-Cal. Các dịch vụ này bao gồm một số dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS nhất định.

Thông thường chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS quý vị nhận được khi quý vị thực hiện theo các quy tắc của chúng tôi. Để được chương trình của chúng tôi bao trả:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được phải là **phúc lợi của chương trình**. Điều này có nghĩa là chúng tôi bao trả cho các dịch vụ được nêu trong Bảng phúc lợi trong **Chương 4 của** *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Dịch vụ chăm sóc đó phải là **dịch vụ cần thiết về mặt y tế**. Khi nói đến cần thiết về mặt y tế, chúng tôi muốn nói đến những dịch vụ quan trọng hợp lý và bảo vệ mạng sống. Chăm sóc cần thiết về mặt y tế là việc cần thiết để giúp các cá nhân không bị trở bệnh nặng hoặc mất chức năng cơ thể và giảm đau đớn dữ dội bằng cách điều trị bệnh hoặc thương tích. Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)** trong mạng lưới chỉ định dịch vụ chăm sóc hoặc yêu cầu quý vị đến gặp nhà cung cấp khác. Là thành viên chương trình, quý vị phải chọn nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình.
- Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị hoặc chương trình của chúng tôi phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Việc này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không nhận được chấp thuận, chúng tôi có thể không bao trả dịch vụ. Để tìm hiểu thêm về giấy giới thiệu, tham khảo trang 50.

- PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị lựa chọn PCP, quý vị cũng lựa chọn nhóm y tế được liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ cũng liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là một tổ chức gồm các PCP và các bác sĩ chuyên khoa được lập ra để cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được điều phối.
- Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hoặc bất cứ dịch vụ nào khác được liệt kê trong phần D1 của chương này.

- **Quý vị phải nhận được dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới liên kết với nhóm y tế thuộc PCP của quý vị**. Thông thường, chúng tôi sẽ không bao trả dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp không hợp tác với chương trình sức khỏe của chúng tôi và nhóm y tế thuộc PCP của quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải chi trả toàn bộ các dịch vụ được cung cấp của nhà cung cấp đó. Sau đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:
  - Chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, tham khảo Phần H trong chương này).
  - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bao trả và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc giống như khi quý vị nhận dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới ***hoặc*** miễn phí cho quý vị.
  - Chúng tôi bao trả các dịch vụ lọc máu khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không cung cấp dịch vụ hoặc không thể tiếp cận. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ này tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận. Phần chia sẻ chi phí mà quý vị thanh toán cho lọc máu không được vượt quá phần chia sẻ chi phí trong chương trình Original Medicare. Nếu quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và được lọc máu tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình thì phần chia sẻ chi phí không được vượt quá phần chia sẻ chi phí mà quý vị chi trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu trong mạng lưới thường dùng của quý vị tạm thời không phục vụ và quý vị chọn nhận dịch vụ trong khu vực dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới thì có thể sẽ có phần chia sẻ chi phí lọc máu cao hơn.
  - Khi tham gia chương trình lần đầu tiên, quý vị có thể yêu cầu để tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của mình. Với một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận yêu cầu này nếu có thể xác định rằng quý vị đang có mối quan hệ với nhà cung cấp. Tham khảo **Chương 1** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp mà quý vị đang sử dụng trong thời gian lên đến 12 tháng. Trong thời gian đó, Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ liên hệ để trợ giúp quý vị tìm kiếm nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi có liên kết với nhóm y tế thuộc PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc nếu quý vị tiếp tục đến khám nhà cung cấp khác không thuộc mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế mà PCP của quý vị là thành viên.

Các thành viên mới của Molina Medicare Complete Care Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus để hưởng phúc lợi Medicare của quý vị vào ngày 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua Molina Medicare Complete Care Plus. Sẽ không có thời gian không được bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711 nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

C. Người quản lý hồ sơ của quý vị

C1. Định nghĩa về Người quản lý hồ sơ

Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus là nhân viên chính mà quý vị có thể liên hệ để được trợ giúp về dịch vụ chăm sóc của mình, nếu cần thiết. Người này giúp điều phối chăm sóc của quý vị và quản lý các dịch vụ của quý vị để đảm bảo rằng quý vị nhận được trợ giúp cần thiết cho quý vị.

C2. Cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị

Nếu quý vị muốn liên hệ với Người quản lý hồ sơ của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. TTY: 711. Hoặc truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

C3. Cách thay đổi Người quản lý hồ sơ của quý vị

Quý vị có thể yêu cầu thay đổi Người quản lý hồ sơ bằng cách gọi cho bộ phận quản lý hồ sơ hoặc dịch vụ thành viên. Nhân viên Dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Molina Medicare Complete Care Plus có thể thay đổi việc chỉ định người quản lý hồ sơ theo nhu cầu của thành viên hoặc địa điểm.

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp

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

Định nghĩa về PCP và điều PCP làm cho quý vị

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) là bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe và/hoặc nhà y tế hoặc phòng khám (Trung tâm chăm sóc sức khỏe đạt tiêu chuẩn liên bang - FQHC) cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ cho quý vị. Molina Medicare Complete Care Plus duy trì mạng lưới nhà cung cấp chuyên khoa để chăm sóc sức khỏe cho các

thành viên. Thành viên phải có giấy giới thiệu từ một PCP của Molina Medicare Complete Care Plus để được nhận các dịch vụ chuyên khoa; tuy nhiên, không yêu cầu sự cho phép trước. Thành viên được tiếp cận trực tiếp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ để được chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa mà không cần dịch vụ giới thiệu. PCP của quý vị phải cung cấp hầu hết các dịch vụ chăm sóc của quý vị và giúp quý vị sắp xếp hoặc điều phối các dịch vụ được bao trả còn lại mà quý vị nhận được với tư cách là thành viên trong Chương trình của chúng tôi. Các dịch vụ này bao gồm:

- Chụp X-quang
- Xét nghiệm
- Liệu pháp
- Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ là bác sĩ chuyên khoa
- Nhập viện
- Chăm sóc theo dõi

“Điều phối” dịch vụ của quý vị bao gồm kiểm tra và tham khảo ý kiến các nhà cung cấp trong mạng lưới khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và tình hình hiện tại. Nếu quý vị cần một loại dịch vụ hoặc vật tư được bao trả nhất định, quý vị phải được PCP của mình chấp thuận trước (chẳng hạn như cho quý vị giấy giới thiệu đến gặp bác sĩ chuyên khoa). Trong một vài trường hợp, PCP của quý vị cần được chúng tôi cho phép trước (chấp thuận trước). Vì PCP của quý vị cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị nên gửi tất cả hồ sơ y tế trước đây của mình đến văn phòng PCP của quý vị.

Nhóm y tế/IPA là một mạng lưới các bác sĩ độc lập sở hữu và vận hành địa điểm hành nghề của riêng họ (thay vì làm việc cho một hệ thống chăm sóc sức khỏe lớn hơn). Các bác sĩ này tham gia một nhóm y tế để họ có thể duy trì việc làm việc độc lập trong khi nhận các hỗ trợ họ cần để chăm sóc cho các bệnh nhân.

Lựa chọn PCP của quý vị

Mối quan hệ giữa quý vị và PCP của quý vị là một mối quan hệ quan trọng. Chúng tôi rất khuyến khích quý vị nên lựa chọn một PCP gần nhà. Khi có PCP của quý vị ở gần, việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế và phát triển mối quan hệ tin cậy và cởi mở sẽ dễ dàng hơn. Để nhận được một bản sao của Danh mục nhà cung cấp/nhà thuốc mới nhất hoặc để được trợ giúp thêm trong việc lựa chọn một PCP, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên. Nếu có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, trước tiên hãy kiểm tra để đảm bảo rằng PCP của quý vị giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa đó, hoặc sử dụng bệnh viện đó. Sau khi quý vị đã chọn xong PCP cho mình, chúng tôi khuyến nghị quý vị chuyển toàn bộ hồ sơ y tế của quý vị đến văn phòng của họ. Việc này sẽ giúp PCP của quý vị có thể truy cập vào bệnh sử của quý vị để giúp họ biết về tình trạng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị. Lúc này, PCP của quý vị sẽ phụ trách tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ cho quý vị, vậy nên họ là bên đầu tiên quý vị nên liên hệ nếu có bất kỳ lo ngại nào về sức khỏe. Tên và số điện thoại văn phòng PCP của quý vị được in trên thẻ thành viên của quý vị.

Lựa chọn thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, tại bất kỳ thời điểm nào. Ngoài ra, PCP của quý vị có thể rời mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới của chúng tôi.

PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các đội ngũ y tế. Nếu quý vị thay đổi PCP, quý vị cũng có thể đang thay đổi các nhóm cung cấp dịch vụ y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, hãy báo cho bộ phận Dịch vụ thành viên biết liệu quý vị có đến khám với một bác sĩ chuyên khoa hay nhận các dịch vụ được bao trả khác đòi hỏi phải có sự chấp thuận của PCP. Bộ phận Dịch vụ thành viên sẽ giúp đảm bảo rằng quý vị có thể tiếp tục dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và các dịch vụ khác khi thay đổi PCP.

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình tại bất kỳ thời điểm nào. Trong hầu hết các trường hợp, các thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng theo lịch tiếp theo. Có thể có những ngoại lệ nếu quý vị hiện đang được điều trị tại thời điểm yêu cầu thay đổi PCP. Quý vị có thể thay đổi PCP của mình qua trang web cá nhân tại địa chỉ www.mymolina.com hoặc liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin về bất kỳ nhà cung cấp Molina Healthcare nào của chúng tôi và đề nghị thay đổi PCP. Đối với một số nhà cung cấp, quý vị có thể cần được giới thiệu từ PCP (ngoại trừ các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và không thuộc khu vực dịch vụ).

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

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần được PCP của quý vị hoặc chương trình chúng tôi chấp thuận trước khi sử dụng các nhà cung cấp khác miễn là họ thuộc mạng lưới của Molina Medicare Complete Care Plus. Bắt buộc phải được cho phép trước đối với tất cả các dịch vụ ngoài mạng lưới. PCP của quý vị sẽ yêu cầu các dịch vụ cho các nhà cung cấp khác bằng cách gửi Biểu mẫu yêu cầu cho phép dịch vụ, thường được gọi là giấy giới thiệu. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ như trong danh sách dưới đây mà không cần sự chấp thuận trước của PCP của quý vị hoặc chương trình chúng tôi:

- dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong và ngoài mạng lưới.
- dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.
- dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc đang là cuối tuần).
- **Lưu ý:** Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp phải mang tính cấp thiết và cần thiết về mặt y tế.
- Các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị được lọc máu khi quý vị đi xa.
- Chích ngừa cúm và vắc-xin COVID-19 *cũng như* vắc-xin viêm gan B và vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị nhận được chúng từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ và kế hoạch hóa gia đình. Các dịch vụ này bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng xương chậu miễn là quý vị nhận được dịch vụ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu đủ điều kiện nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe cho người Da đỏ, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp này mà không cần giấy giới thiệu.
- Dịch vụ y tá hộ sinh, Kế hoạch hóa gia đình, Xét nghiệm & tư vấn HIV, Điều trị bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STD)

D2. Dịch vụ chăm sóc từ 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 cho bộ phận cơ thể. Có nhiều kiểu bác sĩ chuyên khoa, ví dụ như:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc bệnh nhân bị ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về xương, khớp hoặc cơ.
- Bác sĩ chuyên khoa dạ dày-ruột chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về tiêu hóa hoặc đường ruột.
- Bác sĩ chuyên khoa thận chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về thận.
- Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu chăm sóc cho bệnh nhân mắc bệnh về tiết niệu và bàng quang.

Là một thành viên, quý vị không bị giới hạn chỉ được sử dụng các bác sĩ chuyên khoa cụ thể. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) duy trì mạng lưới nhà cung cấp chuyên khoa để chăm sóc sức khỏe cho các thành viên. Bắt buộc phải có giấy giới thiệu từ PCP của quý vị để nhận được dịch vụ đặc biệt, thành viên được tiếp cận trực tiếp các bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ để thực hiện các dịch vụ sức khỏe định kỳ và phòng ngừa mà không cần dịch vụ giới thiệu. Đối với một số dịch vụ, quý vị có thể cần nhận được Sự cho phép trước. PCP của quý vị có thể yêu cầu được cho phép trước từ Utilization Management Department của Molina Healthcare qua điện thoại, fax hoặc đường bưu điện dựa trên mức độ khẩn cấp của dịch vụ được yêu cầu.

Vui lòng tham khảo Bảng phúc lợi ở Chương 4 để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu sự cho phép trước.

Tham khảo Chương 4 để biết thông tin về những dịch vụ nào yêu cầu PA.

Giấy giới thiệu bằng văn bản có thể sử dụng cho một lần thăm khám hoặc giấy giới thiệu dài hạn dành cho nhiều lần thăm khám nếu quý vị cần dịch vụ liên tục. Chúng tôi phải cấp cho quý vị giấy giới thiệu dài hạn đến bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện cho bất kỳ tình trạng nào sau:

- tình trạng mạn tính (đang có);
- bệnh về tâm thần hoặc thể chất đe dọa đến tính mạng;

- bệnh thoái hóa hoặc tình trạng khuyết tật;
- bất kỳ tình trạng hoặc bệnh nào nghiêm trọng hoặc phức tạp đến mức cần phải được bác sĩ chuyên khoa điều trị.

Nếu quý vị không nhận được giấy giới thiệu bằng văn bản khi cần, hóa đơn có thể không được chi trả. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu chúng tôi không thể tìm cho quý vị một nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình đủ điều kiện, chúng tôi sẽ phải cấp cho quý vị sự cho phép dịch vụ dài hạn đối với một bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện cho bất kỳ tình trạng nào sau:

- tình trạng mạn tính (đang có);
- bệnh về tâm thần hoặc thể chất đe dọa đến tính mạng;
- bệnh thoái hóa hoặc tình trạng khuyết tật;
- bất kỳ tình trạng hoặc bệnh nào nghiêm trọng hoặc phức tạp đến mức cần phải được bác sĩ chuyên khoa điều trị.

Nếu quý vị không nhận được sự cho phép dịch vụ từ chúng tối, hóa đơn có thể không được chi trả. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại được in ở cuối trang này.

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 khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu một trong các nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền và bảo vệ nhất định được tóm tắt dưới đây:

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

- Nếu quý vị đang được điều trị y tế hoặc liệu pháp với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị hoặc liệu pháp cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được không bị gián đoạn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau dành cho quý vị và các tùy chọn quý vị có thể có để thay đổi kế hoạch.
- Nếu chúng tôi không tìm thấy bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ tiêu chuẩn mà quý vị có thể tiếp cận, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để có thể chăm sóc cho quý vị khi một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc phúc lợi không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa thay thế nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc chúng tôi không quản lý tốt việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có quyền gửi khiếu nại cho QIO hoặc đơn than phiền về chất lượng chăm sóc, hoặc cả hai. (Tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

Nếu quý vị biết được một trong các nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm nhà cung cấp mới và quản lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị sử dụng có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu xảy ra chuyện này, quý vị sẽ phải đổi sang một nhà cung cấp khác. Nhà cung cấp đó cần phải thuộc mạng lưới của Molina Medicare Complete Care Plus. Chúng tôi sẽ cho quý vị thời gian thay đổi để quý vị bắt đầu nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp mới của quý vị. Nếu PCP của quý vị rời khỏi Molina Medicare Complete Care Plus, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết. Chúng tôi sẽ giúp quý vị đổi sang một PCP mới để quý vị có thể tiếp tục sử dụng dịch vụ được bao trả nếu:

Quý vị mắc phải Tình trạng mạn tính nghiêm trọng do bệnh tật, ốm đau, hoặc các vấn đề y tế hoặc rối loạn khác có tính chất nghiêm trọng mà:

Dai dẳng, không thể chữa khỏi hoàn toàn hoặc trầm trọng hơn theo thời gian, hoặc

Đòi hỏi phải được điều trị liên tục để giảm nhẹ tình trạng hoặc ngăn không cho bệnh trầm trọng hơn.

Nếu quý vị mắc phải Tình trạng mạn tính nghiêm trọng, quý vị có thể phải ở lại với bác sĩ hoặc bệnh viện để điều trị trong tối đa 12 tháng.

Quý vị mắc Tình trạng cấp tính, một tình trạng y tế phát sinh nhanh chóng và cần được chăm sóc ngay lập tức. Tình trạng cấp tính thường diễn ra ngắn hơn so với Tình trạng mạn tính nghiêm trọng. Trong trường hợp này, quý vị có thể phải ở lại với bác sĩ hoặc bệnh viện trong suốt thời gian Tình trạng cấp tính diễn ra.

Con của quý vị vừa sinh hoặc dưới 36 tháng tuổi. Con của quý vị có thể ở lại với bác sĩ hoặc bệnh viện trong tối đa 12 tháng.

Quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối. Nếu quý vị mắc một loại bệnh khó qua khỏi, quý vị có thể ở lại với bác sĩ hoặc bệnh viện trong suốt thời gian bị bệnh.

Quý vị xuất trình giấy tờ tài liệu về việc chẩn đoán tình trạng sức khỏe tâm thần ở người mẹ do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị cho quý vị cấp. “Tình trạng sức khỏe tâm thần ở người mẹ” là tình trạng sức khỏe tâm thần có thể ảnh hưởng đến phụ nữ trong thai kỳ, khoảng quanh thời gian sinh hoặc sau khi sinh, hoặc phát sinh trong thai kỳ, trong khoảng quanh thời gian sinh hoặc sau khi sinh, cho đến một năm sau khi sinh con. Nếu quý vị mắc phải Tình trạng sức khỏe tâm thần ở người mẹ, quý vị có thể ở lại với bác sĩ hoặc bệnh viện trong tối đa 12 tháng tính từ khi được chẩn đoán hoặc cho đến hết thai kỳ, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.

Quý vị đã được cho phép thực hiện phẫu thuật hoặc các thủ thuật khác trong vòng 180 ngày kể từ khi bác sĩ hoặc bệnh viện của quý vị không còn thuộc Molina Healthcare, hoặc trong vòng 180 ngày kể từ khi quý vị ghi danh tham gia Molina Healthcare.

Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi mạng lưới của chương trình, nhưng vẫn ở trong khu vực dịch vụ và quý vị được chẩn đoán mắc phải vấn đề về sức khỏe tâm thần ở người mẹ, quý vị vẫn có thể nhận được sự chăm sóc. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ được bao trả cho vấn đề này trong tối đa 12 tháng kể từ khi được chẩn đoán hoặc đến hết thai kỳ, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải đủ điều kiện tham gia 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 thanh toán toàn bộ chi phí các dịch vụ quý vị nhận được.
- Nhà cung cấp phải cho quý vị biết nếu họ không đủ điều kiện tham gia Medicare.

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

LTSS có thể giúp quý vị ở nhà và tránh phải nằm viện hay ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị có quyền tiếp cận một số LTSS nhất định thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) và Hỗ trợ cộng đồng. Một loại LTSS khác, chương trình Dịch vụ hỗ trợ tại nhà được cung cấp thông qua cơ quan dịch vụ xã hội của hạt của quý vị.

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

Quý vị được tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi được dịch vụ chăm sóc có quản lý của Medicare và Medi-Cal bao trả. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal hoặc dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện của hạt, nhưng các dịch vụ này đều được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần của hạt như:

- Department of Mental Health Hạt Los Angeles
- Riverside University Health System – Behavioral Health
- Department of Behavioral Health Hạt San Bernardino
- Behavioral Health Services Hạt San Diego

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

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của hạt nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để được nhận dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal do Riverside University Health System Behavioral Health, Department of Behavioral Health Hạt San Bernardino, Behavioral Health Services Hạt San Diego và Department of Mental Health Hạt Los Angeles cung cấp bao gồm:

- các dịch vụ sức khỏe tâm thần
- các dịch vụ hỗ trợ thuốc
- điều trị chuyên sâu ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
- can thiệp khủng hoảng
- ổn định khủng hoảng
- các dịch vụ điều trị nội trú dành cho người lớn
- các dịch vụ điều trị nội trú khủng hoảng
- các dịch vụ cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần
- các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú về tâm thần
- quản lý hồ sơ nhắm mục tiêu

Các dịch vụ Hệ thống giao thuốc có tổ chức của Medi-Cal hoặc Drug Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần của hạt đối với Hạt Riverside, Hạt San Diego, Hạt

San Bernardino, hoặc qua Department of Public Health Hạt Los Angeles đối với Hạt Los Angeles nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận các dịch vụ này. Các dịch vụ Drug Medi-Cal được cung cấp bởi chương trình sức khỏe tâm thần của hạt quý vị bao gồm:

- các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- các dịch vụ điều trị nội trú
- các dịch vụ miễn phí thuốc cho bệnh nhân ngoại trú
- các dịch vụ điều trị narcotic
- các dịch vụ thuốc naltrexone cho tình trạng phụ thuộc opioid

Dịch vụ hệ thống giao thuốc có tổ chức của Drug Medi-Cal bao gồm:

- các dịch vụ ngoại trú và ngoại trú chuyên sâu
- thuốc điều trị tình trạng nghiện (còn được gọi là Điều trị có sử dụng thuốc hỗ trợ)
- khu dân cư/nội trú
- quản lý cai nghiện
- các dịch vụ điều trị narcotic
- dịch vụ hồi phục
- Người quản lý hồ sơ

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

Molina Medicare Complete Care Plus hỗ trợ tiếp cận nhiều nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần và về sử dụng chất gây nghiện. Quý vị có thể xem danh sách các nhà cung cấp trên trang web Thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus hoặc bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Để nhận được một bản sao của Danh mục nhà cung cấp/nhà thuốc mới nhất hoặc để được trợ giúp thêm trong việc lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên. Đối với một số dịch vụ

quý vị có thể cần nhận được Sự cho phép trước. Quý vị hoặc Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc PCP của quý vị có thể nhận được sự cho phép trước từ Utilization Management Department của Molina Healthcare qua điện thoại, fax hoặc đường bưu điện dựa trên mức độ khẩn cấp của dịch vụ được yêu cầu.

Vui lòng tham khảo Bảng phúc lợi ở Chương 4 để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu sự cho phép trước. Dịch vụ chăm sóc đó phải được xác định là cần thiết. Khi nói đến cần thiết, chúng tôi muốn nói đến việc quý vị cần các dịch vụ đó để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của quý vị hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại của quý vị. Trong đó có dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hay viện dưỡng lão. Cụm từ này cũng chỉ các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về sức khỏe hành vi và trong ngành y tế.

Nếu quý vị đang nhận dịch vụ hoặc cần nhận dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal hay dịch vụ thuốc được cung cấp thông qua chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của hạt, Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus có thể giúp giới thiệu quý vị đến nguồn lực phù hợp của hạt để đánh giá. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để yêu cầu trợ giúp. Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Hạt. Tham khảo các số điện thoại của hạt phù hợp trong thông tin dưới đây.

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa
Department of Mental Health Hạt Los Angeles: 1-800-854-7771
Hệ Thống Sức Khỏe Đại Học Riverside – Sức Khỏe Hành Vi 1-800-499-3008
Department of Behavioral Health Hạt San Bernardino: 1-888-743-1478
Behavioral Health Services Hạt San Diego 1-888-724-7240

Dịch vụ Drug Medi-Cal
Department of Public Health (Sở Y Tế Công Cộng) Hạt Los Angeles 1-844-804-7500
Hệ Thống Sức Khỏe Đại Học Riverside – Sức Khỏe Hành Vi 1-800-499-3008
Department of Behavioral Health Hạt San Bernardino: 1-888-743-1478
Behavioral Health Services Hạt San Diego 1-888-724-7240

G. Dịch vụ vận chuyển

G1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp

Quý vị có quyền được vận chuyển y tế không phải cấp cứu nếu quý vị có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng xe hơi, xe buýt, hoặc taxi để đến cuộc hẹn. Vận chuyển y tế không phải cấp cứu có thể được cung cấp cho các dịch vụ được bao trả như các cuộc hẹn về y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, sử dụng chất gây nghiện và nhà thuốc. Nếu quý vị cần vận chuyển y tế không phải cấp cứu, quý vị có thể nói chuyện với PCP của mình để yêu cầu dịch vụ này. PCP của quý vị sẽ quyết định loại phương tiện vận chuyển tốt nhất để đáp ứng được nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần vận chuyển y tế không phải cấp cứu, họ sẽ chỉ định bằng cách điền vào biểu mẫu và gửi cho Medi-Cal để được phê duyệt. Tùy thuộc vào nhu cầu y tế của quý vị, việc phê duyệt sẽ có hiệu lực trong một năm. PCP hoặc nhà cung cấp khác của quý vị sẽ đánh giá lại nhu cầu cần vận chuyển không phải cấp cứu của quý vị để được tái phê duyệt sau mỗi 12 tháng.

Vận chuyển y tế không phải cấp cứu là vận chuyển bằng xe cứu thương, xe chuyên chở thiết kế cho cáng, xe chuyên chở thiết kế cho xe lăn hoặc vận chuyển hàng không. Medi-Cal cho phép cách thức vận chuyển được bao trả có chi phí thấp nhất và vận chuyển y tế không phải cấp cứu phù hợp nhất cho nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần được đưa tới cuộc hẹn. Ví dụ: nếu điều kiện thể chất hay y tế cho phép quý vị được vận chuyển bằng xe chuyên chở thiết kế cho xe lăn, Medi-Cal sẽ không chi trả cho xe cứu thương. Quý vị chỉ được quyền vận chuyển hàng không nếu tình trạng y tế của quý vị không thể sử dụng bất kỳ hình thức vận chuyển đường bộ nào.

Phải sử dụng vận chuyển y tế không phải cấp cứu khi:

- Nhu cầu cần dịch vụ này vì lý do thể chất hoặc y tế của quý vị được xác định bằng sự cho phép bằng văn bản từ PCP của quý vị bởi vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe tải để đến cuộc hẹn.
- Quý vị cần trợ giúp từ người lái xe đến và đi khỏi nơi cư trú, phương tiện di chuyển, hoặc nơi điều trị do tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.

Để yêu cầu vận chuyển y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định cho **các cuộc hẹn định kỳ** không khẩn cấp, hãy gọi cho Medi-Cal theo số 1-800-541-5555 (Thứ Hai - Thứ Sáu) ít nhất 2 ngày trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với các **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Hãy chuẩn bị sẵn Thẻ ID thành viên của tiểu bang khi quý vị gọi điện. Quý vị cũng có thể gọi để biết thêm thông tin.

Giới hạn của vận chuyển y tế

Medi-Cal bao trả dịch vụ vận chuyển y tế với chi phí thấp nhất phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị từ nhà cho đến nhà cung cấp gần nhất nơi quý vị có cuộc hẹn. Dịch vụ vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bao trả cho dịch vụ này. Nếu loại cuộc hẹn được Medi-Cal bao trả nhưng không thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe thì Medi-Cal sẽ giúp quý vị lên lịch việc vận chuyển. Một danh sách các dịch vụ được bao trả có trong Chương 4 của sổ tay này. Dịch vụ vận chuyển không được bao trả bên ngoài mạng lưới Medi-Cal hoặc khu vực dịch vụ trừ khi được cho phép trước.

G2. Vận chuyển phi y tế

Phúc lợi của dịch vụ vận chuyển phi y tế bao gồm di chuyển đến và đi khỏi cuộc hẹn của quý vị cho một dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Quý vị có thể đi xe miễn phí, khi quý vị:

- Di chuyển đến và đi khỏi một cuộc hẹn cho một dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép; hoặc
- Nhận thuốc theo toa và vật tư y tế.

  Medi-Cal cho phép quý vị sử dụng xe hơi, taxi, xe buýt hoặc phương tiện công cộng/riêng tư khác để đến cuộc hẹn phi y tế cho các dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Medi-Cal sử dụng dịch vụ Vận chuyển y tế không phải cấp cứu (NEMT) để sắp xếp việc vận chuyển phi y tế. Chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ vận chuyển phi y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được bồi hoàn chi phí cho các chuyến đi bằng xe riêng mà quý vị sắp xếp. Medi-Cal phải phê duyệt việc này **trước khi** quý vị đi xe và quý vị phải báo với chúng tôi lý do vì sao quý vị không thể đi bằng cách khác, ví dụ như đi xe buýt. **Quý vị không được bồi hoàn nếu tự lái xe.**.

Việc bồi hoàn theo số dặm yêu cầu tất cả những giấy tờ sau đây:

- Giấy phép lái xe của tài xế
- Đăng ký xe của tài xế
- Bằng chứng bảo hiểm xe cho tài xế

Để yêu cầu xe cho dịch vụ đã được phê duyệt, hãy gọi cho Medi-Cal theo số 1-800-541-5555 (Thứ Hai - Thứ Sáu) ít nhất 2 ngày trước cuộc hẹn của quý vị Đối với các **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Hãy chuẩn bị sẵn Thẻ ID thành viên khi quý vị gọi điện. Quý vị cũng có thể gọi để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Người Mỹ da đỏ có thể liên hệ Phòng khám cho người da đỏ của họ để yêu cầu dịch vụ vận chuyển phi y tế.

Giới hạn của vận chuyển phi y tế

Medi-Cal cung cấp dịch vụ vận chuyển phi y tế với chi phí thấp nhất phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị từ nhà cho đến nhà cung cấp gần nhất nơi quý vị có cuộc hẹn. **Quý vị không thể tự lái xe hoặc được bồi hoàn trực tiếp.**

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

- Xe cứu thương, xe chuyên chở thiết kế cho cáng, xe chuyên chở thiết kế cho xe lăn hoặc hình thức vận chuyển y tế không phải cấp cứu khác là cần thiết để tiếp cận dịch vụ.
- Quý vị cần trợ giúp từ người lái xe đến và đi khỏi nơi cư trú, phương tiện di chuyển hoặc nơi điều trị do tình trạng y tế hoặc tình trạng thể chất.
- Quý vị đang sử dụng xe lăn và không thể di chuyển vào hoặc ra khỏi phương tiện di chuyển mà không nhờ sự trợ giúp của tài xế.
- Dịch vụ này không được Medicare hay Medi-Cal bao trả.

H. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế, trường hợp khẩn cấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là tình trạng y tế với các triệu chứng như cơn đau dữ dội hoặc thương tích nghiêm trọng. Tình trạng đó nghiêm trọng đến mức, nếu không nhận được sự chăm sóc y tế ngay lập tức, quý vị hoặc bất kỳ ai có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa đều có thể dự kiến các hậu quả sau:

- rủi ro nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi trong bụng quý vị; **hoặc**

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

Nếu quý vị gặp một trường hợp cấp cứu y tế:

- **Nhận giúp đỡ càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị không cần xin sự chấp thuận hoặc giấy giới thiệu trước từ PCP. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể được chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất cứ nơi nào trong Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang.
- **Ngay khi có thể, cho chương trình biết về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi sẽ theo dõi việc chăm sóc cấp cứu cho quý vị. Quý vị hoặc người khác nên gọi để báo cho chúng tôi về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không thanh toán cho dịch vụ cấp cứu nếu quý vị chậm trễ trong việc thông báo cho chúng tôi biết. Quý vị có thể thấy số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên ở cuối trang này.

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

Nếu quý vị cần xe cứu thương để đến phòng cấp cứu, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả. Chúng tôi cũng bao trả các dịch vụ y tế trong khi cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, tham khảo Bảng phúc lợi ở Chương 4 trong Sổ tay thành viên của quý vị.

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị khi tình trạng của quý vị đã ổn định và trường hợp cấp cứu y tế đã kết thúc. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên hệ với chúng tôi để lên chương trình nếu quý vị cần chăm sóc theo dõi để khỏe hơn.

Chương trình của chúng tôi bao trả cả việc chăm sóc theo dõi. Nếu quý vị nhận chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp cho các nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc cho quý vị nhanh nhất có thể.

Nhận chăm sóc cấp cứu nếu không phải trường hợp cấp cứu

Đôi khi có thể khó để biết được liệu quý vị có đang gặp trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể đến khám qua dịch vụ chăm sóc cấp cứu và rồi bác sĩ nói rằng đó không phải là một trường hợp cấp cứu thực sự. Nếu quý vị có suy nghĩ hợp lý rằng sức khỏe của quý vị đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc quý vị.

Nếu bác sĩ nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi chỉ bao trả cho dịch vụ chăm sóc bổ sung của quý vị nếu:

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới **hoặc**
- Dịch vụ bổ sung mà quý vị nhận được coi là "dịch vụ chăm sóc khẩn cấp" và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận được dịch vụ chăm sóc này. Tham khảo phần sau.

H2. Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được trong tình huống không phải cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Ví dụ: quý vị có thể bị bùng phát một tình trạng đang mắc hoặc bị viêm họng nặng xảy ra vào cuối tuần và cần được điều trị.

Chăm sóc khẩn cấp trong khu vực dịch vụ của chương trình

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp nếu:

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

Nếu việc gặp nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị là không thể hoặc không hợp lý, chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Chăm sóc khẩn cấp bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình

Khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, quý vị có thể không nhận được dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ chăm sóc khẩn cấp mà quý vị nhận được từ bất cứ nhà cung cấp nào.

Chương trình của chúng tôi không bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc bất cứ dịch vụ nào khác mà quý vị nhận được bên ngoài Hoa Kỳ.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho trường hợp cấp cứu toàn cầu và chăm sóc khẩn cấp HOẶC chỉ dịch vụ cấp cứu HOẶC chỉ các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ trong các hoàn cảnh sau.

Quý vị được bao trả cho dịch vụ cấp cứu toàn cầu và chăm sóc khẩn cấp tối đa $10,000 mỗi năm theo lịch. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi trong Chương 4.

H3. Dịch vụ chăm sóc trong thời gian xảy ra thảm họa

Nếu thống đốc tiểu bang California, Bộ trưởng Bộ y tế và dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ hoặc tổng thống Hoa Kỳ công bố tình trạng thảm họa hoặc khẩn cấp ở khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền nhận dịch vụ chăm sóc từ chương trình của chúng tôi.

Truy cập trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần trong thời gian tuyên bố thảm họa: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Trong thời gian tuyên bố thảm họa, nếu quý vị không thể dùng một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới miễn phí. Nếu không thể sử dụng nhà thuốc thuộc mạng lưới trong thời gian tuyên bố thảm họa, quý vị có thể nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin.

I. Việc cần làm nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho quý vị thay vì gửi cho chương trình của chúng tôi, quý vị cần yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn đó.

Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn đó. Nếu quý vị làm như thế thì chúng tôi có thể không thể hoàn lại cho quý vị.

Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được bao trả **hoặc** nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí của chương trình của quý vị hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ y tế được bao trả, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết việc cần làm.

I1. Những việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ

Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ:

- được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- được liệt kê trong Bảng phúc lợi của chương trình chúng tôi (tham khảo **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị), **và**
- quý vị nhận được bằng cách tuân theo các quy tắc của chương trình.

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

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

Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích những việc cần phải làm nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị quyết định đài thọ của chúng tôi. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu thêm về quyền kháng nghị của quý vị.

Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ trong một giới hạn nhất định. Nếu sử dụng quá giới hạn đó, quý vị phải chi trả toàn bộ chi phí để nhận được thêm loại dịch vụ đó. Tham khảo Chương 4 để biết giới hạn phúc lợi cụ thể. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu giới hạn phúc lợi và mức phúc lợi quý vị đã sử dụng.

J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mới. Một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Khi Medicare phê duyệt một nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia và quý vị thể hiện có hứng thú tham gia, một người làm việc trong nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị. Người đó cho quý vị biết về nghiên cứu và tìm hiểu xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng được các điều kiện bắt buộc. Quý vị phải hiểu được và chấp nhận những việc mình phải làm trong nghiên cứu.

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

Nếu muốn tham gia vào bất cứ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare chấp thuận, quý vị **không** cần cho chúng tôi biết hoặc phải được chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị chấp thuận. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong nghiên cứu **không** cần phải là các nhà cung cấp trong mạng lưới. Vui lòng lưu ý rằng điều này không bao gồm các phúc lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm, bao gồm, như một thành phần, thử nghiệm lâm sàng hoặc sổ đăng ký để đánh giá phúc lợi. Điều này bao gồm các phúc lợi nhất định được chỉ định trong quyết định bảo hiểm quốc gia (NCD) và các thử nghiệm thiết bị nghiên cứu (IDE) và có thể phải cần sự cho phép trước và tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Chúng tôi khuyên quý vị cho chúng tôi biết trước khi bắt đầu tham gia vào 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 Người quản lý hồ sơ của quý vị liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để thông báo cho chúng tôi biết rằng quý vị sẽ tham gia thử nghiệm lâm sàng.

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

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một nghiên cứu lâm sàng mà Medicare đồng ý, quý vị sẽ không cần chi trả cho các dịch vụ được bao trả theo nghiên cứu đó. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được bao trả theo nghiên cứu đó cũng như chi phí thông thường liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Khi tham gia vào nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị được bao trả hầu hết các vật phẩm và dịch vụ quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu này. Các dịch vụ này bao gồm:

- phòng và bữa ăn khi nằm viện mà Medicare sẽ chi trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- ca phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác là một phần của nghiên cứu.
- điều trị bất cứ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới.

Nếu quý vị tình nguyện tham gia nghiên cứu lâm sàng, chúng tôi trả mọi khoản phí mà Medicare không chấp thuận nhưng chương trình của chúng tôi chấp thuận. Nếu quý vị tham gia nghiên cứu mà Medicare hoặc chương trình của chúng tôi **chưa phê duyệt**, quý vị thanh toán mọi chi phí tham gia nghiên cứu.

J3. Thông tin thêm về nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare và Nghiên cứu lâm sàng) trên trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

K. Phương thức bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tại một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị thường nhận được tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.

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

K2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký tên vào một văn bản pháp lý cho biết quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế “không loại trừ”.

- Điều trị y tế “không loại trừ” là bất cứ dịch vụ chăm sóc nào là **tự nguyện và không bị bắt buộc** bởi bất cứ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế “loại trừ” là bất cứ dịch vụ chăm sóc nào **không mang tính tự nguyện và bị bắt buộc** theo luật liên bang, tiểu bang hoặc của địa phương.

Để được chương trình của chúng tôi bao trả, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Khoản đài thọ của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ bị giới hạn ở các khía cạnh *phi tôn giáo* của dịch vụ chăm sóc.
- Nếu quý vị nhận được các dịch vụ từ tổ chức này tại một cơ sở:
  - Quý vị phải có tình trạng sức khỏe cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ đối với bệnh nhân nội trú được chăm sóc tại bệnh viện hoặc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

Chương trình của chúng tôi bao trả không giới hạn số ngày nằm viện nội trú. (Xem Bảng Phúc Lợi ở Chương 4).

L. Thiết bị y tế lâu bền (DME)

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

DME bao gồm các vật phẩm cần thiết về y tế do nhà cung cấp đặt hàng như xe lăn, nạng, hệ thống đệm có động cơ, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà, bơm tiêm truyền tiêm tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và vật tư để cấp oxy, máy xông khí dung và khung tập đi.

Quý vị luôn được sở hữu một số vật phẩm, ví dụ như bộ phận giả.

Trong phần này, chúng tôi sẽ thảo luận về DME mà quý vị thuê. Là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ **không** sở hữu DME, bất kể thời gian quý vị thuê DME.

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu thiết bị DME cho quý vị. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu về các yêu cầu quý vị phải đáp ứng và những giấy tờ quý vị cần cung cấp.

Ngay cả khi quý vị đã có DME trong thời gian lên đến 12 tháng liên tiếp theo chương trình Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị cũng sẽ **không** được sở hữu thiết bị.

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

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

Lưu ý: Quý vị có thể tìm định nghĩa của Original Medicare và Chương trình MA trong Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thêm về các thông tin đó trong sổ tay *Medicare & Quý vị* năm 2024. Nếu quý vị không có bản sao của tập sách này, quý vị có thể lấy sách tại trang web của Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

Nếu Medi-Cal không được chọn, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp theo Original Medicare, hoặc thực hiện số khoản thanh toán liên tiếp như chương trình MA đặt ra, để sở hữu vật phẩm DME nếu:

- quý vị không trở thành chủ sở hữu của vật phẩm DME khi đang tham gia chương trình của chúng tôi, **và**
- quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận phúc lợi Medicare bên ngoài bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào thuộc chương trình Original Medicare hay chương trình MA.

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

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp theo quy định của chương trình MA để sở hữu vật phẩm DME đó.
- Sẽ không có ngoại lệ đối với điều này khi quý vị quay lại Original Medicare hoặc một chương trình MA

L3. Phúc lợi thiết bị cấp oxy với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị cấp oxy được Medicare đài thọ và quý vị là thành viên chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bao trả:

- tiền thuê thiết bị cấp oxy
- cung cấp oxy và thành phần oxy
- ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và thành phần oxy
- bảo trì và sửa chữa thiết bị cấp oxy

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

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

Khi thiết bị cấp oxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị thuê thiết bị từ một nhà cung cấp trong 36 tháng. Các khoản thanh toán thuê hàng tháng của quý vị bao gồm thiết bị cấp oxy và các vật tư cũng như dịch vụ được liệt kê ở trên.

Nếu thiết bị cấp oxy là cần thiết về mặt y tế thì **sau khi quý vị thuê trong 36 tháng,** nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp:

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

Nếu thiết bị cấp oxy vẫn cần thiết về mặt y tế **vào cuối khoảng thời gian 5 năm này**:

- Nhà cung cấp của quý vị không còn phải cung cấp thiết bị 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 bắt đầu.
- Quý vị đã thuê từ một nhà cung cấp trong 36 tháng

- Sau đó, nhà cung cấp của quý vị cung cấp thiết bị cấp oxy, vật tư và dịch vụ thêm 24 tháng nữa.
- Một chu kỳ mới bắt đầu mỗi 5 năm miễn là thiết bị cấp oxy là cần thiết về mặt y tế.

Khi thiết bị cấp oxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời chương trình của chúng tôi và chuyển sang một chương trình MA khác**, chương trình sẽ bao trả ít nhất là những thiết bị mà Original Medicare đài thọ. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới của quý vị về thiết bị cấp oxy và vật tư mà chương trình bao trả và chi phí quý vị cần trả.

Chương 4: Bảng Phúc lợi

Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết thông tin về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả và mọi hạn chế hay giới hạn đối với các dịch vụ đó. Chương này cũng cho quý vị biết về các phúc lợi không được bao trả theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Các thành viên mới của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**:** Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus để hưởng phúc lợi Medicare của quý vị vào ngày 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua Molina Medicare Complete Care Plus. Sẽ không có thời gian không được bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711 nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

Mục Lục

A. Các dịch vụ được bao trả của quý vị 69

A1. Trong trường hợp khẩn cấp về y tế cộng đồng 69

B. Các nguyên tắc đối với nhà cung cấp tính phí dịch vụ này với quý vị 69

C. Về Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi 69

D. Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi 73

E. Các phúc lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi 126

E1. California Community Transitions (CCT) 126

E2. Chương trình nha khoa Medi-Cal 127

E3. Chăm sóc cuối đời 128

E4. Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS) 129

E5. Các chương trình miễn trừ 1915(c) Dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng (HCBS) 129

F. Các phúc lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả 131

A. Các dịch vụ được bao trả của quý vị

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả và số tiền quý vị chi trả cho mỗi dịch vụ. Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm về các dịch vụ không được bao trả. Thông tin về phúc lợi thuốc có trong **Chương 5** của Sổ tay thành viên của quý vị. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ. Do nhận được sự trợ giúp từ Medi-Cal, quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả, miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc của chương trình chúng tôi. Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin chi tiết về các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị cần trợ giúp về việc tìm hiểu những dịch vụ được bao trả, hãy gọi cho bộ phận Quản lý hồ sơ hoặc Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627. TTY: 711.

A1. Trong trường hợp khẩn cấp về y tế cộng đồng

Nếu Thống đốc tiểu bang California, Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ hoặc Tổng thống Hoa Kỳ ban bố tình trạng thảm họa hoặc khẩn cấp ở khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền nhận dịch vụ chăm sóc từ Molina Medicare Complete Care Plus.

Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để biết cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thời gian xảy ra thảm họa

B. Các nguyên tắc đối với nhà cung cấp tính phí dịch vụ này với quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của mình lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới. Chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp, và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi mọi phí dịch vụ. Điều này vẫn đúng cho dù chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn so với giá dịch vụ mà nhà cung cấp đưa ra đối với dịch vụ.

Quý vị không bao giờ cần nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị nhận được hóa đơn, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên.

C. Về Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi

Bảng phúc lợi sẽ cho quý vị biết những dịch vụ được chương trình chi trả. Bảng này sẽ liệt kê các dịch vụ được bao trả theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích chi tiết.

Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng phúc lợi khi quý vị đáp ứng các quy tắc sau đây. Quý vị **không** phải thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng phúc lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu được mô tả bên dưới.

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được bao trả của Medicare và Medi-Cal theo các quy tắc do Medicare và Medi-Cal đặt ra.
- Các dịch vụ (bao gồm chăm sóc y tế, các dịch vụ sức khỏe hành vi và sử dụng chất gây nghiện, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thiết bị và thuốc) phải cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hay điều trị tình trạng y tế, hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Trong đó có dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng. Cụm từ này cũng chỉ các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong ngành y tế.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết hoặc trừ khi chương trình hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị đã cung cấp giấy giới thiệu cho quý vị. **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong và ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) hoặc một đội ngũ chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nhận được chấp thuận từ PCP để có thể đến khám với một nhà cung cấp không phải là PCP hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Việc này được gọi là giới thiệu. **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị có thêm thông tin về việc nhận giấy giới thiệu và giải thích khi nào quý vị **không** cần giấy giới thiệu.
- Chúng tôi bao trả một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng phúc lợi chỉ khi bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi chấp thuận trước. Điều này được gọi là sự cho phép trước (PA). Chúng tôi đánh dấu các dịch vụ trong Bảng phúc lợi cần có PA với dấu hoa thị (*).

Thông tin phúc lợi quan trọng cho tất cả những người ghi danh tham gia vào các dịch vụ Lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần (WHP)

- Vì Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) tham gia vào Mô hình Thiết kế bảo hiểm theo giá trị (VBID), quý vị sẽ có đủ điều kiện sử dụng các dịch vụ (WHP) sau, bao gồm các dịch vụ lập kế hoạch chăm sóc trước (ACP):
    - (ACP) giúp quý vị chuẩn bị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân. “Chỉ thị trước” là các tài liệu pháp lý quý vị có thể sử dụng để đưa ra chỉ dẫn nếu quý vị không thể tự mình thực hiện. Có các loại Chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau, ví dụ như ý nguyện trị liệu và giấy ủy quyền dài hạn.

- Molina Medicare Complete Care Plus có thể giúp đỡ quý vị với (ACP) bằng nhiều cách:
  - Molina Medicare Complete Care Plus cung cấp thông tin về (ACP) trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
  - Quý vị có thể nhận biểu mẫu Chỉ thị trước bằng cách truy cập:
    - Trang web CaringInfo tại địa chỉ CaringInfo.org;
- Trang web Molina Caregiving cho Medicare tại địa chỉ https://www.molinacaregiving.com. Cuộn xuống cuối trang và chọn tiểu bang của quý vị. Nhấp vào Caregiving. Sau đó nhấp vào Durable Power of Attorney (Giấy ủy quyền dài hạn) để đến biểu mẫu phù hợp.
  - Quý vị có thể yêu cầu thêm thông tin khi quý vị nhận được Cuộc gọi chào mừng. Các chuyên viên thực hiện Cuộc gọi chào mừng có thể hỗ trợ quý vị với các câu hỏi về Chỉ thị trước và cách có được Chỉ thị trước.
  - Hãy hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của Molina Medicare Complete Care Plus để biết thêm thông tin.
  - Hãy hỏi Người quản lý hồ sơ của quý vị để biết thêm thông tin.
  - Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên của chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY: 711.
  - Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị trong *Chương 9,* Phần E.
  - Việc tham gia vào ACP là tự nguyện. Quý vị có thể quyết định mình có muốn có Chỉ thị trước hay không, hoặc loại Chỉ thị trước mà quý vị mong muốn. Quý vị có thể từ chối nếu không muốn có Chỉ thị trước. Không ai có thể từ chối chăm sóc cho quý vị hay đối xử phân biệt với quý vị dựa trên việc quý vị có Chỉ thị trước hay không.
- Thông tin phúc lợi quan trọng cho người ghi danh đủ điều kiện nhận “Hỗ trợ Bổ sung” (Extra Help):
  - Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) tham gia vào Mô hình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID). Mô hình VBID cho phép Medicare thử nghiệm nhiều cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage. Là một phần của Mô hình VBID, Medicare Complete Care Plus cho phép loại bỏ phần chia sẻ chi phí cho thuốc Phần D. Thành viên nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” (Extra Help) sẽ được giảm khoản chia sẻ chi phí ($0) cho mọi thuốc Phần D trong mọi giai đoạn bảo hiểm. Để biết thêm thông tin, xem Chương 6, Những khoản quý vị thanh toán cho thuốc theo toa Phần D. Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Dịch vụ thành viên nếu có thắc mắc về phúc lợi này hoặc phúc lợi này sẽ giúp đỡ quý vị ra sao.

Thông tin về phúc lợi quan trọng đối với Thành viên mắc một số bệnh mạn tính. Nếu quý vị có (các) tình trạng mạn tính sau đây và đáp ứng một số tiêu chí y tế nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung:

- Nghiện rượu kéo dài và các tình trạng phụ thuộc thuốc khác
- Rối loạn tự miễn
- Ung thư

- Rối loạn tim mạch
- Suy tim mạn tính
- Sa sút trí tuệ
- Bệnh tiểu đường
- Bệnh gan giai đoạn cuối
- Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)
- Rối loạn máu nặng
- HIV/AIDS
- Rối loạn phổi mạn tính
- Tình trạng y tế về sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật
- Rối loạn thần kinh
- Đột quỵ

Tham khảo hàng “Trợ giúp dành cho một số tình trạng mạn tính” trong Bảng phúc lợi để biết thêm thông tin.

Hầu hết các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quý vị sẽ thấy biểu tượng quả táo này bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng phúc lợi.

D. Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc phình động mạch chủ vùng bụng Chúng tôi thanh toán một lần khám sàng lọc bằng siêu âm cho người có nguy cơ. Chương trình chỉ bao trả cho lần khám sàng lọc này nếu quý vị có yếu tố rủi ro nhất định và nếu quý vị có giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên viên y tá lâm sàng.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thành viên đủ điều kiện để khám sàng lọc phòng ngừa này.
	Châm cứu Chúng tôi thanh toán cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong một tháng theo lịch bất kỳ hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. • Chúng tôi cũng thanh toán cho tối đa 12 lần khám châm cứu trong vòng 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mạn tính, được xác định như sau: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không đặc hiệu (không xác định được nguyên nhân toàn thân, chẳng hạn như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc truyền nhiễm); • không liên quan đến phẫu thuật; **và** • không liên quan đến mang thai. Ngoài ra, chúng tôi chi trả thêm tám buổi châm cứu cho điều trị đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị cho thấy có cải thiện. Quý vị không thể nhận được nhiều hơn 20 buổi điều trị châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Nếu quý vị không khá hơn hoặc trở nặng hơn, điều trị châm cứu phải dừng lại.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi loại điều trị được Medicare đài thọ

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc về lạm dụng rượu (SABIRT) cho người lớn lạm dụng rượu nhưng không nghiện rượu. Điều này bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu sàng lọc cho kết quả quý vị lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị đủ khả năng và tỉnh táo trong suốt buổi tư vấn) với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) đủ điều kiện hoặc chuyên viên y tế tại cơ sở chăm sóc chính.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa được Medicare đài thọ về sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu.
	Các dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ cứu thương được bao trả bao gồm di chuyển đường bộ và hàng không (máy bay và trực thăng). Xe cấp cứu sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị. Tình trạng của quý vị phải nghiêm trọng đến mức những cách khác để đến nơi chăm sóc có thể gây rủi ro cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Các dịch vụ xe cứu thương cho các trường hợp khác (không phải cấp cứu) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong một số trường hợp không phải cấp cứu, chúng tôi có thể chi trả cho xe cứu thương. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà khiến việc được đưa đến nơi chăm sóc bằng các cách khác thể gây nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi chuyến xe cấp cứu một chiều được Medicare đài thọ. **Chỉ yêu cầu cho phép trước đối với dịch vụ vận chuyển không phải cấp cứu.** Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu, hãy gọi 911 và gọi xe cấp cứu. Hãy tham khảo “Bảo hiểm khẩn cấp/cấp cứu trên toàn cầu” trong bảng này nếu quý vị cần vận chuyển bằng xe cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.
	Khám sức khỏe thể chất hàng năm (Bổ sung) Khám thể chất định kỳ hàng năm cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ kiểm tra sức khỏe khác chỉ do bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc trợ lý bác sĩ thực hiện. Đây là cơ hội tuyệt vời để tập trung chú ý vào việc phòng ngừa và tầm soát. Trong quá trình khám thể chất định kỳ, bác sĩ lâm sàng sẽ khám cho quý vị để xác định các vấn đề thông qua kiểm tra trực quan, sờ nắn, dùng ống nghe khám và gõ khám. Ba mục cuối là có tiếp xúc trực tiếp với cơ thể và cần thiết để xác định việc mắc (hoặc không mắc) một tình trạng y tế.	$0 Nếu cần thêm dịch vụ, nhà cung cấp của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa hoặc gửi giấy cho phép trước nếu cần.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Thăm khám sức khỏe hàng năm Quý vị có thể kiểm tra sức khỏe hàng năm. Điều này nhằm mục đích lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố rủi ro hiện tại của quý vị. Chúng tôi thanh toán cho khoản này một lần mỗi 12 tháng. **Lưu ý:** Lần khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không được diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ buổi thăm khám **Welcome to Medicare** (Chào mừng đến với Medicare). Tuy nhiên, quý vị không cần phải có lần thăm khám **Welcome to Medicare** (Chào mừng đến với Medicare) để được khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho buổi khám sức khỏe hàng năm.
	Dịch vụ phòng ngừa hen suyễn Quý vị có thể được tập huấn về bệnh hen suyễn và đánh giá môi trường trong nhà về các yếu tố gây bệnh thường thấy trong nhà đối với những người có tình trạng hen suyễn được kiểm soát kém.	$0
	Đo khối lượng xương Chúng tôi thanh toán cho một số thủ thuật dành cho các thành viên đủ tiêu chuẩn (thường là người có nguy cơ giảm khối lượng xương hoặc loãng xương). Các thủ thuật này xác định khối lượng xương, tìm kiếm tình trạng mất xương hoặc kiểm tra chất lượng xương. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ một lần mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng thanh toán cho bác sĩ để xem xét và đánh giá các kết quả.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho việc đo khối lượng xương do Medicare đài thọ.
	Khám sàng lọc ung thư vú (chụp X quang tuyến vú) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: một lần chụp quang tuyến vú cơ bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 một buổi chụp quang tuyến vú sàng lọc 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho việc chụp X quang tuyến vú sàng lọc được bao trả.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ phục hồi chức năng tim* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch như tập luyện, giáo dục và tư vấn. Các thành viên phải đáp ứng một số điều kiện nhất định và có chỉ định **hoặc** giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, tức là chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim thông thường.	**Có thể cần cho phép trước.**
	Khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (điều trị bệnh tim mạch)* Chúng tôi thanh toán cho một lần thăm khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp quý vị giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong buổi thăm khám, bác sĩ có thể: • thảo luận về việc sử dụng aspirin, • kiểm tra huyết áp của quý vị, **và/hoặc** • đưa ra một số mẹo để đảm bảo quý vị ăn uống tốt.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng điều trị hành vi chuyên sâu.
	Xét nghiệm bệnh tim mạch Chúng tôi chi trả các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch 5 năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các khiếm khuyết do nguy cơ mắc bệnh tim cao.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả mỗi 5 năm một lần.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • đối với tất cả phụ nữ: xét nghiệm Pap và khám vùng xương chậu 24 tháng một lần • đối với phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần • đối với phụ nữ có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng ba năm qua và đang trong độ tuổi sinh đẻ: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần • đối với phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút u nhú ở người (HPV) hoặc xét nghiệm Pap cộng với HPV 5 năm một lần	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho xét nghiệm Pap và khám phòng ngừa vùng chậu được Medicare đài thọ.
	Dịch vụ nắn xương khớp Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • điều chỉnh cột sống để đúng vị trí	Quý vị chi trả $0 mỗi lần thăm khám cho các dịch vụ được Medicare đài thọ này.
	Khám sàng lọc ung thư đại tràng Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Nội soi đại tràng không giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả 120 tháng (10 năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau lần nội soi đại tràng sigma ống mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại tràng và 24 tháng một lần tháng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc trước đó hoặc thụt bari. • Nội soi đại tràng sigma ống mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi đại tràng sàng lọc. 48 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi đại tràng sigma ống mềm hoặc thụt bari gần nhất. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho thăm khám sàng lọc ung thư đại tràng được Medicare đài thọ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc ung thư đại tràng (tiếp) • Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. • Xét nghiệm ADN bất thường trong phân đối với 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. • Thụt bari như một phương pháp thay thế cho nội soi đại tràng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần thụt bari sàng lọc gần nhất hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. • Thụt bari như một phương pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma ống mềm đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Ít nhất 48 tháng một lần sau lần thụt bari sàng lọc gần nhất hoặc lần nội soi đại tràng sigma ống mềm sàng lọc gần nhất. Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc theo dõi sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare đài thọ cho kết quả dương tính.	$0
	Dịch vụ nha khoa (được Medicare đài thọ) Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa, bao gồm nhưng không giới hạn ở vệ sinh, trám răng và răng giả. Những dịch vụ chúng tôi không bao trả được cung cấp thông qua Chương trình nha khoa Medi-Cal, được mô tả trong phần F2 bên dưới. Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong phương pháp điều trị cụ thể cho tình trạng y tế chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau khi gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nha khoa (Bổ sung) Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh, khám răng định kỳ và chụp X-quang răng) không được Original Medicare đài thọ. Chúng tôi bao trả cho các phúc lợi nha khoa bổ sung mà Original Medicare không bao trả. Những phúc lợi này được nêu chi tiết riêng bên dưới trong danh mục Dịch vụ nha khoa (Bổ sung). Các dịch vụ nha khoa bổ sung được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: Chăm sóc nha khoa phòng ngừa định kỳ: • Nha khoa phòng ngừa - Khám răng miệng: 2 lần thăm khám mỗi năm • Nha khoa phòng ngừa - Phòng bệnh: 2 lần thăm khám mỗi năm • Nha khoa phòng ngừa - Điều trị bằng florua: 2 lần thăm khám mỗi năm • Nha khoa phòng ngừa - Chụp X-quang: Chụp X-quang quanh chóp tối đa 6 lần mỗi năm, Chụp X-quang cánh cắn tối đa 4 lần mỗi năm, Chụp X-quang toàn cảnh tối đa 5 năm một lần Để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa phòng ngừa định kỳ trong mạng lưới ở gần, quý vị có thể: • Tìm kiếm trực tuyến – sử dụng công cụ tìm kiếm trực tuyến nhà cung cấp dịch vụ nha khoa bổ sung của chúng tôi trên trang MolinaHealthcare.com/Medicare **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nếu quý vị sử dụng thẻ MyChoice của mình. Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả chi phí nếu dịch vụ không được bao trả hoặc nếu quý vị vượt quá số tiền trợ cấp tối đa. Có thể áp dụng các giới hạn và trường hợp loại trừ. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ nha khoa bổ sung thông qua Chương trình nha khoa Medi-Cal khi quý vị đến khám với một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Medi-Cal. Xem Phần F2 để biết thêm thông tin về các phúc lợi thông qua Chương trình nha khoa Medi-Cal.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nha khoa (Bổ sung) (tiếp) Chúng tôi đã hợp tác với Đại lý nha khoa này để cung cấp cho quý vị nhiều lựa chọn hơn phục vụ các nhu cầu nha khoa thông thường của quý vị. Nếu quý vị khám với một Nhà cung cấp trong Đại lý nha khoa của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được các Dịch vụ nha khoa phòng ngừa được nêu ở trên miễn phí. Ngoài ra, quý vị sẽ có $1,000 trong thẻ MyChoice của mình để thanh toán cho bất kỳ dịch vụ bổ sung nào được nhà cung cấp này cung cấp. Nếu quý vị chọn khám với một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa bên ngoài mạng lưới Đại lý, chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho bất kỳ và tất cả các dịch vụ được cung cấp (bao gồm bất kỳ dịch vụ nha khoa phòng ngừa hoặc toàn diện nào) khi quý vị sử dụng thẻ MyChoice của mình và chỉ tối đa khoản tiền trợ cấp phúc lợi là $1,000. Thẻ MyChoice là thẻ ghi nợ (không phải thẻ tín dụng) và chỉ dành cho thành viên sử dụng để phục vụ nhu cầu nha khoa. Khoản tiền trợ cấp phúc lợi nha khoa này sẽ được nạp vào thẻ MyChoice của quý vị khi quý vị bắt đầu thời gian hưởng phúc lợi (hàng năm). Vào cuối mỗi năm phúc lợi, mọi khoản tiền trợ cấp phúc lợi chưa sử dụng sẽ hết hạn và không được chuyển sang giai đoạn hoặc năm chương trình tiếp theo. Những điều cần lưu ý: Không thể quy đổi tiền trợ cấp trong thẻ MyChoice thành tiền mặt. Tiền trợ cấp này chỉ có thể được thành viên sử dụng và không được áp dụng cho bất kỳ phúc lợi hoặc chi phí nào khác. Dịch vụ thẩm mỹ không được bao trả trong chương trình này và quý vị không được sử dụng thẻ MyChoice để thanh toán. Chỉ có thể sử dụng tiền trợ cấp trong thẻ MyChoice để tiếp cận các phúc lợi bổ sung được chỉ định đến tối đa hạn mức đã xác định. Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả chi phí nếu quý vị vượt quá số tiền trợ cấp hàng năm tối đa. Nếu quý vị rời khỏi chương trình, bất kỳ khoản tiền nào đã phân bổ nhưng chưa được sử dụng cũng sẽ được trả lại cho chương trình vào ngày quý vị kết thúc ghi danh.	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc bệnh trầm cảm Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Lần khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp điều trị theo dõi và giấy giới thiệu.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho lần khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.
	Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi thanh toán cho lần khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm đường khi đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố rủi ro nào sau đây: • huyết áp cao (tăng huyết áp) • có tiền sử mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu) • béo phì • có tiền sử lượng đường (glucose) trong máu cao Chúng tôi có thể bao trả các xét nghiệm trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như nếu quý vị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường 12 tháng một lần.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Nguồn tiếp liệu, dịch vụ và đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi thanh toán các dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (bất kể họ có sử dụng insulin hay không): • Các vật tư y tế để theo dõi glucose trong máu của quý vị bao gồm những thứ sau: o máy theo dõi glucose trong máu o que thử glucose trong máu o thiết bị chích máu và kim chích máu o các dung dịch kiểm soát nồng độ glucose để kiểm tra tính chính xác của que thử và máy theo dõi • Đối với những người mắc bệnh tiểu đường mà bị bệnh về chân nghiêm trọng do tiểu đường, chúng tôi thanh toán cho những thứ sau: o một đôi giày trị liệu đúc tùy chỉnh (bao gồm cả lót giày), bao gồm buổi hẹn thử và hai cặp lót giày bổ sung mỗi năm theo lịch, **hoặc** o Một đôi giày sâu, bao gồm dịch vụ thử giày và 3 cặp lót giày mỗi năm (không bao gồm các miếng lót giày có thể tháo rời chưa được tùy chỉnh đi kèm với loại giày đó) • Trong một số trường hợp, chúng tôi thanh toán cho hoạt động đào tạo hỗ trợ quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên.	Quý vị chi trả $0 cho phúc lợi này. Vật tư y tế được bao trả khi quý vị được kê đơn và mua ở một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc thông qua chương trình Nhà thuốc dịch vụ qua đường bưu điện. Xem “Chăm sóc thị lực” trong bảng này để biết các dịch vụ của bác sĩ nếu quý vị cần khám mắt đối với bệnh võng mạc do tiểu đường hoặc sàng lọc bệnh tăng nhãn áp. Xem “Dịch vụ bệnh về chân” trong bảng này nếu quý vị bị bệnh tiểu đường và cần gặp bác sĩ để khám chân. Xem “Liệu pháp dinh dưỡng y tế” trong bảng này nếu quý vị bị tiểu đường và cần các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế (MNT). **Có thể cần sự cho phép trước đối với vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giày và lót giày cho người tiểu đường. Không cần sự cho phép trước đối với chương trình đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ.**
	Dịch vụ hộ sinh Đối với những người mang thai, chúng tôi thanh toán cho chín lần thăm khám hộ sinh trong giai đoạn tiền và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan* Tham khảo Chương 12 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)". Chúng tôi bao trả các vật phẩm sau: • xe lăn bao gồm xe lăn điện • nạng • hệ thống đệm có động cơ • đệm lót áp suất khô cho nệm • vật tư dành cho bệnh tiểu đường • giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà • bơm và thanh treo truyền dịch tĩnh mạch (IV) • thiết bị tạo giọng nói • vật tư và thiết bị cấp oxy • máy xông khí dung • khung tập đi • gậy tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế • đai kéo giãn cột sống cổ (móc vào cửa) • máy kích thích liền xương • thiết bị chăm sóc lọc máu Các vật phẩm khác có thể được bao trả. Chúng tôi thanh toán cho mọi DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường chi trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi tại khu vực của quý vị không có thiết bị thuộc một nhà sản xuất hoặc thương hiệu cụ thể, quý vị có thể đề nghị họ đặt hàng chuyên biệt cho mình.	Quý vị chi trả $0 cho DME và các vật tư liên quan được Medicare đài thọ. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán

	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 điều trị một trường hợp cấp cứu y tế.
	
	Trường hợp cấp cứu y tế là tình trạng y tế gây đau dữ dội hoặc thương tích nghiêm trọng. Tình trạng đó nghiêm trọng đến mức, nếu không nhận được sự chăm sóc y tế ngay lập tức, bất kỳ ai có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa đều có thể dự kiến các hậu quả sau:
	• rủi ro nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của em bé trong bụng quý vị; **hoặc**
	• tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
	• rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào.
	• Trong trường hợp phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi:
	  o Không có đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh.
	  o Việc chuyển sang bệnh viện khác có thể đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hay thai nhi.
	
	Dịch vụ chăm sóc cấp cứu chỉ áp dụng trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ trừ một số trường hợp hạn chế. Liên hệ với chương trình để biết thêm chi tiết.
	
	Như một phúc lợi bổ sung, chúng tôi cung cấp bảo hiểm cấp cứu toàn cầu lên đến $10,000 mỗi năm theo lịch để vận chuyển cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc cấp cứu và chăm sóc sau khi ổn định.
		$0
		
		Nếu được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để được chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi phê duyệt điều đó.
		
		Quý vị phải quay lại bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được thanh toán. Quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để được chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi phê duyệt điều đó.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ kế hoạch hoá gia đình: Luật pháp cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp nào – dù đó là nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới - cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • khám và điều trị y tế về kế hoạch hóa gia đình • xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm phòng thí nghiệm về kế hoạch hóa gia đình • phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, que cấy, thuốc tiêm, thuốc tránh thai, miếng dán hoặc vòng tránh thai) • vật tư kế hoạch hóa gia đình theo toa (bao cao su, miếng xốp tránh thai, bọt tránh thai, màng phim, màng ngăn, mũ chụp cổ tử cung) • tư vấn và chẩn đoán vô sinh và các dịch vụ liên quan • tư vấn, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) • tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, cũng như các tình trạng khác liên quan đến HIV • tránh thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên để chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký vào biểu mẫu chấp thuận 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 thanh toán cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi để nhận các dịch vụ sau đây: • điều trị các tình trạng y tế về vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các biện pháp thụ thai nhân tạo.) **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp) • điều trị AIDS và các tình trạng khác liên quan đến HIV • xét nghiệm di truyền Các sản phẩm và thuốc kế hoạch hóa gia đình không kê toa không được bao trả theo Medicare Phần D có thể được bao trả theo phúc lợi Medi-Cal Rx của quý vị. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Quý vị sẽ cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ nhận dạng phúc lợi (BIC) để nhận thuốc được Medi-Cal Rx bao trả.	
	Phúc lợi tập thể dục (Bổ sung) Quý vị nhận được tư cách thành viên trung tâm thể dục tại các trung tâm thể dục tham gia. Nếu quý vị không thể đến một trung tâm thể dục hoặc thích tập thể dục ở nhà, quý vị có thể chọn bộ dụng cụ Tập thể dục tại nhà. Bộ dụng cụ sẽ giúp quý vị vận động trong nhà thoải mái. Nếu quý vị chọn tập luyện tại trung tâm thể dục, quý vị có thể xem trang web và chọn một địa điểm tham gia hoặc quý vị có thể trực tiếp đến trung tâm thể dục đối tác để bắt đầu. Các cơ sở và chuỗi trung tâm thể dục đối tác có thể khác nhau tùy từng địa điểm và có thể thay đổi. Bộ dụng cụ thể dục có thể thay đổi.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này. Luôn thảo luận với bác sĩ của quý vị trước khi bắt đầu hoặc thay đổi thói quen tập thể dục của quý vị.
	Chương trình giáo dục sức khỏe và sự khỏe mạnh Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng y tế. Các chương trình bao gồm: • Các lớp học Giáo dục sức khỏe; • Các lớp học Giáo dục dinh dưỡng; • Bỏ hút thuốc và Cai thuốc lá; **và** • Đường dây nóng của y tá	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ thính giác*	$0
	Chúng tôi thanh toán cho các lần kiểm tra thính giác và khả năng giữ thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Các lần kiểm tra này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không. Các lần kiểm tra này được bao trả dưới dạng dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận dịch vụ từ bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Quý vị được bao trả khám thính giác 2 năm một lần, và buổi hẹn thử/đánh giá cho thiết bị trợ thính 2 năm một lần theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi bao trả thêm cho một buổi hẹn thử/đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm một lần. Nếu quý vị được thông báo là quý vị cần thiết bị trợ thính, quý vị được trợ cấp thiết bị trợ thính là $1510 mỗi năm cho cả hai tai kết hợp theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). Ngoài các dịch vụ về thính giác được Medicare đài thọ, quý vị có thể được kiểm tra thính giác định kỳ một lần mỗi năm theo lịch. Sau khi kiểm tra thính giác định kỳ, quý vị có thể được thử thiết bị trợ thính. Buổi hẹn thử/đánh giá thiết bị trợ thính có thể được thực hiện một lần mỗi năm theo lịch. Nếu được bác sĩ cho biết rằng quý vị cần dùng thiết bị trợ thính, quý vị có thể nhận tối đa 2 thiết bị trợ thính được chọn trước từ nhà cung cấp được chương trình phê duyệt hai mươi tư tháng một lần cho cả hai tai kết hợp. Nếu quý vị đang mang thai hoặc ở tại cơ sở điều dưỡng, chúng tôi cũng thanh toán cho các thiết bị trợ thính, bao gồm: • khuôn tai, vật tư và nút tai • chi phí sửa chữa trên $25 cho mỗi lần sửa chữa • một bộ pin ban đầu • sáu lần đến để được đào tạo, điều chỉnh và thử với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị nhận được thiết bị trợ thính • cho thuê dùng thử thiết bị trợ thính • thiết bị hỗ trợ nghe, thiết bị trợ thính dẫn truyền qua xương đeo trên bề mặt • các dịch vụ sau đánh giá và thính học liên quan đến thiết bị trợ thính	**Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bất kỳ (các) tình trạng y tế mạn tính nào sau đây được xác định bên dưới và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính. Quý vị sẽ cần nộp biểu mẫu Đánh giá nguy cơ sức khỏe để xác định là quý vị mắc một trong những tình trạng y tế được liệt kê mà có thể trở nên tồi tệ hơn nếu không được tiếp cận một trong những phúc lợi bổ sung đặc biệt được liệt kê bên dưới. • Nghiện rượu kéo dài và các tình trạng phụ thuộc thuốc khác; • Rối loạn tự miễn; • Ung thư; • Rối loạn tim mạch; • Suy tim mạn tính; • Sa sút trí tuệ; • Bệnh tiểu đường; • Bệnh gan giai đoạn cuối; • Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD); • Rối loạn máu nặng; • HIV/AIDS; • Rối loạn phổi mạn tính; • Tình trạng y tế về sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật; • Rối loạn thần kinh; và • Đột quỵ Chúng tôi sẽ giúp quý vị đánh giá các phúc lợi này. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị để bắt đầu các yêu cầu của quý vị hoặc để biết thêm thông tin. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nếu quý vị sử dụng thẻ MyChoice của mình. Cần tham gia chương trình quản lý chăm sóc. Có thể cần cho phép trước.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính (tiếp) Lưu ý: Bằng cách yêu cầu phúc lợi này, quý vị cho phép nhân viên đại diện của Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) liên hệ qua điện thoại, thư hoặc bất kỳ phương thức giao tiếp nào khác như được nêu rõ trong đơn đăng ký của quý vị. Khi được chấp thuận, Thẻ MyChoice đã nạp tiền của quý vị sẽ tự động được nạp tối đa $150 mỗi quý để sử dụng cho các phúc lợi SSBCI, tùy vào tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Kiểm soát sinh vật gây hại, Vật tư dịch vụ động vật, Bộ dụng cụ xét nghiệm gen không được Medicare đài thọ và Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần sử dụng chung một khoản trợ cấp kết hợp cho mỗi 3 tháng, nhưng khoản trợ cấp tối đa là tổng cộng $150 mỗi quý. Mọi khoản tiền chưa sử dụng vào cuối mỗi quý sẽ không được chuyển sang quý sau. **Trợ cấp mua đồ dùng cho động vật hướng dẫn:** • Hỗ trợ các thành viên khuyết tật hoặc mắc bệnh mạn tính cần được chó hướng dẫn hỗ trợ, theo quy định của Đạo luật về người khuyết tật Hoa Kỳ (ADA). • Để đủ điều kiện hưởng phúc lợi này, chúng tôi yêu cầu bác sĩ của quý vị cung cấp xác nhận về nhu cầu chó hướng dẫn theo ADA. • Có thể được sử dụng để mua thức ăn và vật dụng cho chó từ bất kỳ cửa hàng bán lẻ hoặc trực tuyến nào được xác định là cửa hàng thú cưng (ví dụ: Petco, PetSmart, Chewy, v.v.). • Không bao trả chi phí nhận, huấn luyện hoặc bất kỳ dịch vụ thú y nào cho chó hướng dẫn. • Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice đã nạp tiền để thanh toán cho các dịch vụ. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính (tiếp) **Kiểm soát sinh vật gây hại:** • Phúc lợi này được giới hạn ở các dịch vụ kiểm soát sinh vật gây hại tại nơi cư trú hiện tại của quý vị (theo địa chỉ trong hồ sơ với chương trình). • Việc điều trị kiểm soát sinh vật gây hại có thể được thực hiện bởi bất kỳ nhà cung cấp nào có ID người bán đã đăng ký cho thấy họ cung cấp dịch vụ Kiểm soát sinh vật gây hại. • Nhà cung cấp dịch vụ Kiểm soát sinh vật gây hại ưu tiên của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là Terminix. Terminix ký hợp đồng trực tiếp với Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) để cung cấp dịch vụ kiểm soát sinh vật gây hại định kỳ với mức giá được thương lượng trước. Thành viên có thể linh hoạt sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ Kiểm soát sinh vật gây hại khác nếu muốn. • Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice đã nạp tiền để thanh toán cho các dịch vụ. **Bộ dụng cụ xét nghiệm gen không được Medicare đài thọ:** • Các xét nghiệm bao gồm, nhưng không giới hạn ở: Nhạy cảm với thực phẩm, Dị ứng trong nhà và ngoài trời, Giấc ngủ và căng thẳng, v.v. • Phúc lợi này được thiết kế để giúp các thành viên có thể không có thông tin về bệnh sử của gia đình để chỉ ra bất kỳ lo ngại nào về sức khỏe trong tương lai. • Thành viên có thể mua bộ dụng cụ xét nghiệm này tại bất kỳ trang web trực tuyến nào có ID người bán đã đăng ký cho thấy họ là nhà cung cấp bộ dụng cụ xét nghiệm di truyền. • Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) có hợp đồng trực tiếp với Everlywell để cung cấp bộ dụng cụ xét nghiệm với mức giá trước khi thương lượng. • Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice đã nạp tiền để thanh toán cho các dịch vụ. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính (tiếp) **Trợ cấp Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần:** • Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần được thiết kế nhằm cung cấp các công cụ hữu ích nhằm hỗ trợ thành viên quản lý tình trạng khuyết tật. • Ví dụ về Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần bao gồm: Talkspace, Headspace, Calm, v.v. • Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice đã nạp tiền để thanh toán cho các dịch vụ. **Thực phẩm và sản phẩm:** Nếu hội đủ điều kiện, quý vị nhận được $80 mỗi tháng để chi tiêu cho Thực phẩm và sản phẩm. Hạn mức hàng tháng này không được dùng chung với các dịch vụ SSBCI sau: Kiểm soát sinh vật gây hại, Đồ dùng cho động vật hướng dẫn, Bộ dụng cụ xét nghiệm gen không được Medicare đài thọ và Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần. Mọi khoản tiền chưa sử dụng vào cuối mỗi tháng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. Quý vị có thể sử dụng hạn mức trong Thẻ MyChoice của quý vị để mua nhiều loại sản phẩm thực phẩm dinh dưỡng có thương hiệu và thông thường ở cửa hàng đối tác tại địa phương gần đó, hoặc trực tuyến có dịch vụ giao hàng đến tận nhà miễn phí tại Members.NationsBenefits.com/Molina.	
	Khám sàng lọc HIV Chúng tôi chi trả một lần khám sàng lọc HIV 12 tháng một lần cho những người: • yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV, **hoặc** • có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi chi trả tối đa ba lần xét nghiệm sàng lọc HIV trong thời kỳ mang thai. Chúng tôi cũng thanh toán cho (các) lần khám sàng lọc HIV khác khi nhà cung cấp của quý vị khuyến cáo.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thành viên đủ điều kiện để sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare đài thọ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà* Trước khi quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần các dịch vụ đó và các dịch vụ đó phải được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị chỉ có thể ở nhà, nghĩa là rất khó để rời khỏi nhà. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cả các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • các dịch vụ người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục (Để được bao trả theo phúc lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc điều dưỡng chuyên môn cộng lại phải có tổng cộng ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • liệu pháp vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • dịch vụ y tế và xã hội • thiết bị và vật tư y tế	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	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 các chất sinh học được tiêm vào tĩnh mạch hoặc được tiêm dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Thực hiện truyền dịch tại nhà cần những vật phẩm sau đây: • thuốc hoặc chất sinh học, chẳng hạn như thuốc kháng vi-rút hoặc globulin miễn dịch; • thiết bị, chẳng hạn như bơm; **và** • vật tư, chẳng hạn như ống hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ truyền dịch tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn ở: • các dịch vụ chuyên gia, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của quý vị; • đào tạo và giáo dục thành viên chưa được bao gồm trong phúc lợi DME; • theo dõi từ xa; **và** • dịch vụ theo dõi việc cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền dịch tại nhà được thực hiện bởi nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện.	Quý vị chi trả $0 cho Liệu pháp truyền dịch tại nhà được Medicare đài thọ. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền chọn bệnh viện chăm sóc đặc biệt nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của bệnh viện chăm sóc cuối đời quyết định rằng quý vị được tiên lượng bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ còn sống được sáu tháng hoặc ít hơn. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm kiếm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả gồm có: • thuốc để điều trị các triệu chứng và cơn đau • chăm sóc tạm thế ngắn hạn • chăm sóc tại nhà **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	Khi quý vị ghi danh chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và các dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare thanh toán, chứ không phải Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) **Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ do Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bao trả liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được lập hóa đơn cho Medicare.** • Tham khảo **Phần F** trong chương này để biết thêm thông tin. **Đối với các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả nhưng Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B không bao trả:** • Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bao trả. Chúng tôi bao trả các dịch vụ cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không cần chi trả cho các dịch vụ này. **Đối với thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi:** • Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ bao trả cho thuốc men cùng lúc. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong Sổ tay thành viên của quý vị. **Lưu ý:** Nếu quý vị cần chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho Người quản lý hồ sơ của quý vị và/hoặc bộ phận dịch vụ thành viên để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời **không** liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho thành viên mắc bệnh giai đoạn cuối chưa chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời.	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chủng ngừa Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • vắc-xin viêm phổi • chích ngừa cúm, mỗi mùa cúm một lần vào mùa thu và mùa đông, và chích ngừa cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc bệnh viêm gan B • vắc-xin COVID-19 • các loại vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi thanh toán cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần D. Tham khảo **Chương 6** trong Sổ tay thành viên của quý vị để tìm hiểu thêm. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho toàn bộ các vắc-xin cho người lớn được Ủy ban cố vấn về thực hành chủng ngừa (ACIP) khuyến cáo tiêm.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vắc-xin viêm phổi, cúm, viêm gan siêu vi B và COVID-19.
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế không được liệt kê ở đây: • phòng hai giường (hoặc một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn uống đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng thường xuyên • chi phí cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như đơn vị chăm sóc chuyên sâu hoặc chăm sóc mạch vành • các thuốc • các xét nghiệm phòng thí nghiệm • chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác • vật tư phẫu thuật và y tế cần thiết **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 Quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận để nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc tại bệnh viện dành cho bệnh nhân nội trú (tiếp theo) • các vật dụng, chẳng hạn như xe lăn • dịch vụ phòng phẫu thuật và hồi sức • liệu pháp vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện nội trú • trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa nội tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ xem xét hồ sơ của quý vị và quyết định xem quý vị có đủ điều kiện cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể tại địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Medicare, quý vị có thể nhận dịch vụ cấy ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc dành cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép bên ngoài mô hình chăm sóc dành cho cộng đồng của quý vị và quý vị chọn nhận dịch vụ cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc bao trả chi phí đi lại và tạm trú cho quý vị và một người nữa. • máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • dịch vụ bác sĩ **Lưu ý:** Để là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải có văn bản yêu cầu cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là “bệnh nhân ngoại trú”. Nếu quý vị không chắc chắn quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị cần hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tựa đề “Are you a Hosptial Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (Quý vị là bệnh nhân ngoại trú hay nội trú tại bệnh viện? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!). Tờ thông tin này có sẵn trên trang web tại địa chỉ www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số điện thoại này miễn phí, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần* Chúng tôi thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mà cần nằm viện. • Nếu quý vị cần các dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Việc cho phép dịch vụ chăm sóc quá 190 ngày được phối hợp với cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương. o Giới hạn 190 ngày **không** áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. • Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được trong Viện điều trị bệnh tâm thần (IMD).	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này. **Có thể cần cho phép trước.**
	Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả* Chúng tôi không chi trả cho nằm viện nội trú nếu quý vị đã sử dụng hết phúc lợi nội trú của mình hoặc nếu nằm viện là không hợp lý và không cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, trong một số trường hợp chăm sóc nội trú không được bao trả, chúng tôi có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cả các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • dịch vụ bác sĩ • xét nghiệm chẩn đoán, như xét nghiệm phòng thí nghiệm **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả* (tiếp) • chụp X-quang, radium và đồng vị, bao gồm tài liệu và dịch vụ kỹ thuật • băng gạc phẫu thuật • nẹp, bột bó và các thiết bị khác dùng cho gãy xương và trật khớp • bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình, không phải nha khoa, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó. Đây là những thiết bị thay thế toàn bộ hoặc một phần của: o Một cơ quan nội tạng (bao gồm cả mô tiếp giáp) **hoặc** o Chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc hoạt động kém. • thanh giằng chân, cánh tay, lưng và cổ, băng giữ, và chân giả, cánh tay giả và mắt giả. Việc này bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết vì bị gãy, mòn, mất hoặc quý vị có thay đổi trong tình trạng y tế • liệu pháp vật lý, trị liệu âm ngữ và trị liệu vận động	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho bệnh thận Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra quyết định đúng về dịch vụ chăm sóc của mình. Quý vị phải mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị lọc máu ngoại trú, bao gồm cả điều trị lọc máu khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích tại **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không hoạt động hoặc không thể tiếp cận được. • Điều trị lọc máu nội trú nếu quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt • Đào tạo về tự lọc máu, bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị lọc máu tại nhà • Thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như các buổi thăm khám cần thiết của chuyên viên lọc máu đã qua đào tạo để kiểm tra quá trình lọc máu tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong trường hợp cấp cứu và để kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn cấp nước của quý vị. Phúc lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị chi trả một số thuốc phục vụ quá trình lọc máu. Để biết thông tin, tham khảo “Các thuốc theo toa Medicare Phần B” trong biểu đồ này.	$0 Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này. Medicare đài thọ tối đa 6 buổi mỗi vòng đời của thiết bị.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc ung thư phổi Chương trình của chúng tôi thanh toán cho hoạt động sàng lọc ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị: • từ 50-77 tuổi, **và** • có buổi thăm khám tư vấn và ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác, **và** • đã hút ít nhất 1 bao thuốc mỗi ngày trong 20 năm và không có dấu hiệu hay triệu chứng ung thư phổi hoặc hiện đang hút thuốc hay đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua. Sau khi sàng lọc lần đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán cho một lần sàng lọc khác mỗi năm khi có yêu cầu bằng văn bản từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc thăm khám tư vấn và đưa ra quyết định chung được Medicare đài thọ.
	Liệu pháp dinh dưỡng y tế Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận mà không cần lọc máu. Phúc lợi này cũng dành cho những người sau ghép thận khi được bác sĩ chỉ định. Chúng tôi thanh toán cho ba giờ dịch vụ tư vấn 1-1 trong năm đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo chương trình Medicare. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi thanh toán cho hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp 1-1 mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, phương pháp điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể được điều trị thêm giờ theo chỉ định của bác sĩ. Bác sĩ phải kê đơn các dịch vụ này và gia hạn chỉ định mỗi năm nếu quý vị cần điều trị trong năm theo lịch tiếp theo. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thành viên đủ điều kiện đối với dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế được Medicare đài thọ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare (MDPP) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. Chương trình cung cấp đào tạo thực tiễn về: • thay đổi chế độ ăn lâu dài, **và** • tăng cường hoạt động thể chất, **và** • các cách duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này (MDPP).
	Các loại thuốc theo toa Medicare Phần B Những thuốc này được bao trả theo Medicare Phần B. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các loại thuốc sau: • thuốc quý vị thường không tự tiêm cho mình và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận các dịch vụ của bác sĩ, tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc tại trung tâm phẫu thuật không lưu trú • insulin được truyền qua một vật phẩm của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • các thuốc khác quý vị sử dụng bằng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy xông khí dung) được chương trình của chúng tôi cho phép. • yếu tố đông máu quý vị tự tiêm nếu quý vị bị bệnh máu khó đông • thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh vào Medicare Phần A tại thời điểm cấy ghép nội tạng • thuốc loãng xương được tiêm. Chúng tôi thanh toán cho các thuốc này nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc • kháng nguyên • một số thuốc chống ung thư và thuốc chống buồn nôn dạng uống **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 Quý vị chi trả $0 cho mỗi loại thuốc theo toa Medicare Phần B. Các loại thuốc Phần B có thể áp dụng trị liệu từng bước. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các loại thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp) • một số thuốc dùng cho lọc máu tại nhà, trong đó có heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về mặt y tế), thuốc gây tê tại chỗ và chất kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn như, Procrit®, Epoetin Alfa) • globulin miễn dịch IV để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách thuốc Medicare Phần B có thể phải điều trị theo liệu pháp từng bước: www.MolinaHealthcare.com/Medicare Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc theo toa Medicare Phần B và Medicare Phần D của chúng tôi. **Chương 5** *trong Sổ tay thành viên của quý vị* sẽ giải thích về phúc lợi thuốc theo toa ngoại trú của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa. **Chương 6** *trong Sổ tay thành viên của quý vị* sẽ giải thích những khoản quý vị thanh toán cho các thuốc theo toa ngoại trú qua chương trình của chúng tôi.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Thẻ MyChoice Thẻ MyChoice là thẻ ghi nợ phúc lợi trả trước có thể được sử dụng để thanh toán các phúc lợi bổ sung của chương trình như: • Vật phẩm không kê toa • Nha khoa • Nhãn khoa • Thực phẩm và sản phẩm* • Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính* *Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Thẻ ghi nợ trả trước không phải là thẻ tín dụng. Quý vị không thể chuyển đổi thẻ thành tiền mặt hoặc cho người khác vay. Các thủ thuật thẩm mỹ không được bao trả trong thẻ phúc lợi này. Tiền được nạp vào thẻ trong mỗi giai đoạn phúc lợi. Giai đoạn phúc lợi có thể là hàng tháng, hàng quý hoặc hàng năm tùy thuộc vào phúc lợi. Vào cuối mỗi giai đoạn phúc lợi, mọi khoản tiền đã phân bổ chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang giai đoạn hoặc năm chương trình tiếp theo. Nếu quý vị rời khỏi chương trình, bất kỳ khoản tiền nào đã phân bổ chưa sử dụng cũng sẽ được trả lại cho chương trình vào ngày quý vị ngừng tham gia. Chỉ có thể sử dụng tiền trợ cấp trong thẻ MyChoice để tiếp cận các phúc lợi bổ sung được chỉ định đến tối đa hạn mức đã xác định. Tiền trợ cấp này chỉ có thể được sử dụng bởi thành viên và không được áp dụng cho bất kỳ phúc lợi hoặc chi phí nào khác. Để biết thêm thông tin về các phúc lợi OTC, phúc lợi Nha khoa và Nhãn khoa của quý vị hoặc cách thức đủ điều kiện cho Thực phẩm và sản phẩm, và Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính (SSBCI), vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Để sử dụng tiền trợ cấp của SSBCI, thành viên phải có: một bệnh mạn tính đủ điều kiện; một HRA hợp lệ đã được hoàn thành cho việc ghi danh Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) hiện tại; và cung cấp giấy chấp thuận của bác sĩ cùng với Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Tham khảo “Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính” trong bảng này để biết thêm thông tin.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho Thẻ MyChoice của quý vị.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Tư vấn dinh dưỡng Quý vị có thể được tư vấn dinh dưỡng riêng qua điện thoại khi yêu cầu. Nhà cung cấp của quý vị sẽ cần điền và ký vào Biểu mẫu giấy giới thiệu giáo dục y tế để chúng tôi hiểu rõ nhu cầu của quý vị trước khi gọi cho quý vị. • Can thiệp qua điện thoại kéo dài từ 30 đến 60 phút. • Quý vị sẽ được cung cấp thông tin liên hệ để biết thêm thông tin và/hoặc theo dõi khi cần hoặc muốn. Các buổi tư vấn Dinh dưỡng/chế độ ăn uống cá nhân không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi bao trả thêm 12 buổi tư vấn theo nhóm/gọi điện cá nhân. Nhà cung cấp dịch vụ sẽ giới thiệu quý vị đến chuyên gia dinh dưỡng trong mạng lưới cho những dịch vụ này.	$0
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng* Cơ sở điều dưỡng (NF) là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần nằm viện. Các dịch vụ chúng tôi thanh toán bao gồm, nhưng không giới hạn ở, những dịch vụ sau: • phòng hai giường (hoặc một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn uống đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • liệu pháp vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • liệu pháp hô hấp **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp) • thuốc được cung cấp cho quý vị như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Điều này bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.) • máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • vật tư y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • các xét nghiệm phòng thí nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • sử dụng các vật dụng, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ bác sĩ/chuyên viên y tế • thiết bị y tế lâu bền • dịch vụ nha khoa, bao gồm răng giả • phúc lợi nhãn khoa • kiểm tra thính giác • dịch vụ chăm sóc nắn xương khớp • dịch vụ điều trị bệnh về chân Quý vị thường nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ những cơ sở sau đây nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán trong chương trình của chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là nơi đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống vào thời điểm quý vị xuất viện.	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp để giảm cân Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể là từ 30 trở lên, chúng tôi thanh toán cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải được tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính. Bằng cách đó, phúc lợi này có thể được quản lý với kế hoạch phòng ngừa đầy đủ của quý vị. Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc sàng lọc và trị liệu phòng ngừa béo phì.
	Dịch vụ chương trình điều trị opiod (OTP) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ điều trị chứng rối loạn sử dụng opioid (OUD) sau: • hoạt động tiếp nhận • đánh giá định kỳ • thuốc được FDA phê duyệt cùng với dịch vụ quản lý và cho quý vị dùng các thuốc này, nếu có. • tư vấn về lạm dụng chất gây nghiện • liệu pháp cá nhân và theo nhóm • xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính)	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ của chương trình điều trị opioid ngoại trú được Medicare đài thọ. Không cần có sự cho phép trước đối với các dịch vụ của chương trình điều trị bệnh nhân ngoại trú được Medicare đài thọ, nhưng có thể cần thiết nếu quý vị cần sử dụng thuốc điều trị opioid.
	Xét nghiệm chẩn đoán cũng như các dịch vụ điều trị và vật tư y tế dành cho bệnh nhân ngoại trú* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế không được liệt kê ở đây: • chụp X-quang • xạ trị (radium và đồng vị), bao gồm tài liệu và vật tư kỹ thuật • vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • nẹp, bột bó và các thiết bị khác dùng cho gãy xương và trật khớp • các xét nghiệm phòng thí nghiệm • máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	Quý vị chi trả $0 cho dịch vụ ngoại trú được Medicare đài thọ: **Có thể cần cho phép trước.** Không cần sự cho phép đối với các dịch vụ xét nghiệm ngoại trú và các dịch vụ chụp X-quang ngoại trú. Xét nghiệm di truyền yêu cầu phải có sự cho phép trước.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú*	$0
	Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc thương tích, chẳng hạn như: • Dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, như phẫu thuật ngoại trú hoặc dịch vụ theo dõi o Dịch vụ theo dõi sẽ giúp bác sĩ biết liệu quý vị có cần nhập viện "nội trú" hay không. o Trong một vài trường hợp, quý vị có thể ở lại bệnh viện qua đêm và vẫn là "bệnh nhân ngoại trú". o Quý vị có thể biết thêm thông tin về điều trị nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm phòng thí nghiệm do bệnh viện lập hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nằm viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng sẽ cần điều trị nội trú mà không cần nằm viện • Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác do bệnh viện lập hóa đơn • Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp và bột bó • Khám sàng lọc phòng ngừa và các dịch vụ được liệt kê trong Bảng phúc lợi • Một số thuốc mà quý vị không thể tự dùng	**Có thể cần cho phép trước.** Không cần sự cho phép đối với các dịch vụ xét nghiệm ngoại trú và các dịch vụ chụp X-quang ngoại trú. Xét nghiệm di truyền yêu cầu phải có sự cho phép trước.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: • bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép • bác sĩ tâm lý lâm sàng • nhân viên xã hội lâm sàng • chuyên viên y tá lâm sàng • cố vấn chuyên gia được cấp phép (LPC) • bác sĩ trị liệu gia đình và hôn nhân được cấp phép (LMFT) • chuyên viên điều dưỡng (NP) • trợ lý bác sĩ (PA) • bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện nào khác của Medicare được cho phép theo luật hiện hành của tiểu bang Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cả các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Dịch vụ phòng khám • Điều trị ban ngày • Dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội • Nằm viện bán phần 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 được chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần • Dịch vụ ngoại trú nhằm mục đích theo dõi liệu pháp thuốc • Phòng thí nghiệm, thuốc, vật tư và chế phẩm bổ sung ngoại trú • Tư vấn tâm lý **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	Quý vị chi trả $0 mỗi trường hợp cho các dịch vụ tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú không phải do bác sĩ thực hiện, bao gồm theo dõi liệu pháp thuốc và các lần khám trị liệu nhóm hoặc cá nhân. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú* (tiếp) Chương trình Medi-Cal của quý vị có các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa dành cho những cá nhân hội đủ điều kiện. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa này được bao trả ngoài chương trình của chúng tôi. Vui lòng xem Chương 3, Phần E.1 để biết thêm thông tin về các dịch vụ này cũng như cách để tiếp cận các dịch vụ đó.	
	Dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú* Chúng tôi thanh toán cho liệu pháp vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ. Quý vị có thể nhận các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ các khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi lần khám ngoại trú cần thiết về mặt y tế cho liệu pháp vật lý (PT), trị liệu vận động (OT) và/ hoặc trị liệu âm ngữ-lời nói (SP). **Có thể cần cho phép trước.**
	Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cả các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu • điều trị lạm dụng ma túy • tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân bởi bác sĩ lâm sàng đủ điều kiện • cai nghiện bán cấp trong chương trình cai nghiện nội trú • dịch vụ về rượu và/hoặc ma túy tại trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu • điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích kéo dài	$0 **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Phẫu thuật ngoại trú* Chúng tôi thanh toán cho phẫu thuật và dịch vụ ngoại trú tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi trường hợp phẫu thuật ngoại trú được bao trả, bao gồm nhưng không giới hạn ở phí bệnh viện hoặc các loại phí cơ sở vật chất khác và phí phẫu thuật hoặc phí cho bác sĩ. **Có thể cần cho phép trước.**
	Vật phẩm không kê toa (OTC) (Bổ sung) Quý vị có $320 mỗi quý (3 tháng) để chi trả cho các vật phẩm, sản phẩm và thuốc OTC được chương trình phê duyệt với Thẻ MyChoice của quý vị. Nếu quý vị không sử dụng hết số tiền phúc lợi hàng quý, số dư còn lại sẽ hết hạn và không chuyển sang giai đoạn phúc lợi tiếp theo. Bảo hiểm của quý vị bao gồm các vật phẩm chăm sóc sức khỏe và sự khỏe mạnh OTC không kê đơn như vitamin, kem chống nắng, thuốc giảm đau, thuốc ho, thuốc cảm và băng. Quý vị có thể đặt hàng: • Trực tuyến – truy cập NationsOTC.com/Molina • Qua điện thoại – 877-208-9243 để nói chuyện với Tư vấn viên trải nghiệm thành viên NationsOTC (TTY 711), 24 giờ trong ngày, bảy ngày trong tuần, 365 ngày trong năm. • Qua đường bưu điện – Điền và gửi lại biểu mẫu đặt hàng trong danh mục sản phẩm. • Qua các địa điểm bán lẻ tham gia chương trình. Tham khảo Danh mục sản phẩm OTC 2024 của quý vị để biết danh sách đầy đủ các vật phẩm OTC được phê duyệt theo chương trình hoặc gọi cho người hỗ trợ OTC để biết thêm thông tin. Quý vị sẽ tìm thấy thông tin quan trọng (các hướng dẫn đặt hàng) trong Danh mục sản phẩm OTC 2024.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nếu quý vị sử dụng thẻ MyChoice của mình.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ nằm viện bán phần và các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu* Nằm viện bán phần là một chương trình có cấu trúc để điều trị tâm thần tích cực. Chương trình được cung cấp như dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng. Dịch vụ này chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ hoặc của chuyên gia trị liệu. Quý vị có thể không phải nằm viện khi sử dụng dịch vụ này. Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là một chương trình có cấu trúc điều trị sức khỏe (tâm thần) hành vi tích cực được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm chăm sóc sức khỏe đạt tiêu chuẩn Liên Bang, hoặc phòng khám y tế nông thôn, chuyên sâu hơn dịch vụ quý vị nhận được từ văn phòng bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu của quý vị, nhưng không chuyên sâu bằng dịch vụ nằm viện bán phần. **Lưu ý:** Vì không có trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi chỉ bao trả việc nhập viện bán phần như dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi ngày quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ nằm viện bán phần được Medicare đài thọ. Quý vị phải đáp ứng một số yêu cầu nhất định để đủ điều kiện cho việc bảo hiểm và bác sĩ của quý vị phải chứng thực rằng nếu không quý vị sẽ cần điều trị nội trú Điều trị này được thực hiện trong ngày tại một khoa ngoại trú ở bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng và không cần phải ở lại qua đêm. **Có thể cần cho phép trước.**
	Các dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần khám tại phòng khám của bác sĩ Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại: • văn phòng bác sĩ • trung tâm phẫu thuật không lưu trú được chứng nhận • khoa ngoại trú của bệnh viện • tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa • kiểm tra thính giác và kiểm tra khả năng giữ thăng bằng cơ bản do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính **hoặc** bác sĩ chuyên khoa thực hiện, nếu bác sĩ chỉ định việc kiểm tra này để biết quý vị có cần điều trị hay không **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp) • Một số dịch vụ y tế từ xa nhất định, bao gồm các phúc lợi bổ sung về khám sức khỏe từ xa. o Quý vị có thể lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc qua khám sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này bằng khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ qua khám sức khỏe từ xa. • *Medicare* Một số dịch vụ khám sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc chuyên viên y tế, dành cho các thành viên ở một số khu vực nông thôn hoặc những nơi khác được Medicare chấp thuận • dịch vụ khám sức khỏe từ xa dành cho các buổi thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) cho các thành viên lọc máu tại nhà trong một trung tâm lọc máu tại một bệnh viện hoặc tại bệnh viện tiếp cận quan trọng, cơ sở lọc máu hoặc tại nhà • dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ • dịch vụ khám sức khỏe từ xa dành cho các thành viên bị rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng diễn • dịch vụ khám sức khỏe từ xa dùng để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: o quý vị có lần thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên o quý vị có một lần thăm khám trực tiếp mỗi 12 tháng trong khi nhận được các dịch vụ khám sức khỏe từ xa này o có thể cấp trường hợp ngoại lệ đối với những dịch vụ trên trong một số trường hợp nhất định **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp) • các dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho các lần khám sức khỏe tâm thần do các Phòng khám y tế nông thôn và Trung tâm chăm sóc sức khỏe đạt tiêu chuẩn liên bang cung cấp. • hỏi thăm trực tuyến (ví dụ bằng cách trò chuyện qua điện thoại hoặc video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu. o quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** o việc đăng ký không liên quan tới buổi thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** o việc đăng ký không dẫn tới buổi thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể được sắp xếp • Việc đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ, cùng cách giải thích và theo dõi của bác sĩ trong vòng 24 giờ nếu: o quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** o việc đánh giá không liên quan tới buổi thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** o việc đánh giá này không dẫn tới buổi thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể được sắp xếp • Tham khảo ý kiến bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới • Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật • Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được bao trả chỉ bao gồm: o phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan o cố định gãy xương hàm hoặc xương mặt o nhổ răng trước khi xạ trị ung thư tân sinh o các dịch vụ sẽ được bao trả với điều kiện do bác sĩ cung cấp	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ điều trị bệnh về chân* Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các chấn thương và bệnh ở bàn chân (chẳng hạn như ngón chân khoằm hoặc gai gót chân) • chăm sóc bàn chân định kỳ cho các thành viên mắc các bệnh ảnh hưởng đến chân, như bệnh tiểu đường	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho những dịch vụ này. Có thể cần cho phép trước.
	Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây 12 tháng một lần: • khám trực tràng bằng ngón tay • xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho xét nghiệm PSA hàng năm.
	Bộ phận giả và vật tư liên quan* Bộ phận giả thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Chúng tôi thanh toán cho các bộ phận giả sau đây, và có thể gồm các bộ phận khác không được liệt kê ở đây: • túi hậu môn nhân tạo và vật tư liên quan đến chăm sóc hậu môn nhân tạo • dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm truyền dịch, ống và bộ phận nối, dung dịch và vật tư cho thuốc tiêm tự sử dụng • máy tạo nhịp tim • thanh giằng • giày giả • tay và chân giả **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	Quý vị chi trả $0 cho mỗi bộ phận giả hoặc thiết bị chỉnh hình được Medicare đài thọ, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa thiết bị đó và các vật tư liên quan. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Bộ phận giả và vật tư liên quan* (tiếp) • vú giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau phẫu thuật cắt bỏ vú) • bộ phận giả để thay toàn bộ hoặc từng phần bộ phận bên ngoài trên mặt đã bị cắt bỏ hoặc suy yếu do bệnh tật, thương tích hoặc khiếm khuyết bẩm sinh • kem và tã cho tình trạng đại tiểu tiện không tự chủ Chúng tôi thanh toán cho một số vật tư liên quan đến các bộ phận giả. Chúng tôi cũng thanh toán cho việc sửa chữa hoặc thay thế các bộ phận giả. Chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm sau thủ thuật mổ lấy đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tham khảo “Chăm sóc thị lực” ở cuối chương này để biết thêm chi tiết.	
	Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi* Chúng tôi thanh toán các chương trình phục hồi chức năng phổi cho thành viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức độ trung bình cho đến rất nghiêm trọng. Quý vị phải có chỉ định phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị COPD. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hô hấp đối với bệnh nhân phụ thuộc vào máy hô hấp nhân tạo.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi lần khám phục hồi chức năng phổi được Medicare đài thọ. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Sàng lọc và tư vấn các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) Chúng tôi thanh toán cho các lần khám sàng lọc bệnh chlamydia, lậu, giang mai và viêm gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả đối với phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao mắc STI. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải chỉ định làm xét nghiệm. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Chúng tôi cũng thanh toán tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực tiếp và có mức độ chuyên sâu cao mỗi năm cho người trưởng thành có quan hệ tình dục và có nguy cơ mắc STI gia tăng. Mỗi buổi khám có thể kéo dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi thanh toán cho các buổi tư vấn này như dịch vụ phòng ngừa chỉ khi được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cung cấp. Các buổi khám phải diễn ra tại cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc khám sàng lọc STI và tư vấn về các phúc lợi phòng ngừa STI được Medicare đài thọ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)*	$0
	Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cả các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • phòng hai giường, hoặc một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn uống đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • liệu pháp vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • thuốc quý vị nhận được như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị, bao gồm cả các chất tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu • máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • vật tư y tế và phẫu thuật được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • các xét nghiệm phòng thí nghiệm được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • vật dụng, chẳng hạn như xe lăn, thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp Quý vị thường nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ những cơ sở sau đây nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán trong chương trình của chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là nơi đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống vào thời điểm quý vị xuất viện	**Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Bỏ hút thuốc và cai thuốc lá Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá và muốn hoặc cần phải bỏ thuốc lá: • Chúng tôi thanh toán cho hai lần tư vấn cai thuốc trong thời gian 12 tháng như là dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này miễn phí cho quý vị. Mỗi lần tư vấn về cai thuốc bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp. Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: • Chúng tôi thanh toán cho hai lần tư vấn cai thuốc trong thời gian 12 tháng. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp. Nếu mang thai, quý vị có thể nhận tư vấn cai thuốc lá vô thời hạn nếu có sự cho phép trước.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa bỏ hút thuốc và cai thuốc lá được Medicare đài thọ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET)* Chúng tôi thanh toán SET cho các thành viên mắc bệnh động mạch vành ngoại biên có triệu chứng (PAD) có giấy giới thiệu dành cho PAD từ bác sĩ phụ trách điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho: • tối đa 36 buổi trong thời gian 12 tuần nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu của SET • thêm 36 buổi về sau nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải: • bao gồm các buổi kéo dài 30 đến 60 phút của chương trình huấn luyện tập thể dục trị liệu cho PAD ở các thành viên bị chuột rút ở chân do lưu lượng máu kém (đi khập khiễng) • diễn ra tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc tại văn phòng bác sĩ • được cung cấp bởi nhân viên đủ điều kiện có thể đảm bảo lợi nhiều hơn hại và đã qua đào tạo về liệu pháp tập luyện cho PAD • dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên viên y tá lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao.	Quý vị chi trả $0 cho các buổi thăm khám Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) được Medicare đài thọ. **Có thể cần cho phép trước.**

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Vận chuyển: Vận chuyển y tế không phải cấp cứu Phúc lợi này cho phép vận chuyển tiết kiệm chi phí nhất và dễ tiếp cận. Phúc lợi này có thể bao gồm: dịch vụ vận chuyển y tế xe cứu thương, xe chuyên chở thiết kế cho cáng, xe chuyên chở thiết kế cho xe lăn và phối hợp với vận chuyển người khuyết tật. Các hình thức vận chuyển được cho phép khi: • Tình trạng y tế và/hoặc thể trạng của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi hoặc một hình thức giao thông công cộng hay tư nhân khác, **và** • Tùy thuộc vào dịch vụ, có thể cần sự cho phép trước. Tham khảo Chương 3, Phần F để biết thêm thông tin. Phúc lợi này cho phép vận chuyển đến các dịch vụ y tế bằng xe khách, taxi hoặc các hình thức giao thông công cộng/tư nhân khác. Việc vận chuyển là cần thiết nhằm mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết, bao gồm di chuyển đến các cuộc hẹn khám nha khoa và lấy thuốc theo toa. Phúc lợi này không giới hạn phúc lợi vận chuyển y tế không phải cấp cứu của quý vị.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị: • tình trạng không phải cấp cứu cần được chăm sóc y tế ngay lập tức, **hoặc** • tình trạng y tế bất ngờ, **hoặc** • chấn thương, **hoặc** • tình trạng cần được chăm sóc ngay lập tức. Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, trước tiên quý vị phải cố gắng nhận dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến một nhà cung cấp trong mạng lưới vì trong hoàn cảnh của quý vị, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể thực hiện hoặc không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị cần các dịch vụ ngay lập tức cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng không nhìn thấy được nhưng không phải là trường hợp cấp cứu y tế). Như một phúc lợi bổ sung, chúng tôi cung cấp bảo hiểm cấp cứu toàn cầu lên đến $10,000 mỗi năm theo lịch để vận chuyển cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc cấp cứu và chăm sóc sau khi ổn định.	Quý vị chi trả $0 cho mỗi lần khám chăm sóc khẩn cấp được Medicare đài thọ. Phần chia sẻ chi phí của quý vị giống nhau cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc nhãn khoa Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ ngoại trú của bác sĩ cho việc chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương mắt. Ví dụ: dịch vụ này bao gồm khám mắt hàng năm đối với bệnh võng mạc do tiểu đường và điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi. Đối với người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc 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 và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên. Nếu quý vị có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận được một cặp kính sau mỗi lần phẫu thuật. Quý vị không thể nhận được hai cặp kính sau lần phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị không nhận được một cặp kính sau lần phẫu thuật đầu tiên.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc nhãn khoa (Bổ sung) Chúng tôi đã hợp tác với một Đại lý nhãn khoa để đem lại cho quý vị nhiều giá trị hơn phục vụ các nhu cầu nhãn khoa thông thường của quý vị! Bảo hiểm bao gồm: • Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm theo lịch • Một khoản tiền trợ cấp cho kính mắt Quý vị có thể sử dụng khoản tiền trợ cấp cho kính mắt của mình để mua: • Kính áp tròng* • Kính mắt (tròng kính và gọng kính) • Tròng kính và/hoặc gọng kính của kính mắt • Nâng cấp (chẳng hạn như: tròng kính nhuộm màu, chống tia UV, phân cực hoặc đổi màu). *Nếu quý vị chọn kính áp tròng, quý vị cũng có thể sử dụng khoản tiền trợ cấp cho kính mắt của mình để thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí thử kính áp tròng của quý vị. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán cho bất kỳ kính mắt điều chỉnh khúc xạ nào vượt quá khoản tiền trợ cấp cho kính mắt của chương trình. Quý vị chi trả $0 cho tối đa một lần khám mắt định kỳ (và đo khúc xạ) cho kính mắt mỗi năm theo lịch. Quý vị có khoản tiền trợ cấp cho kính mắt là $500 mỗi năm theo lịch. Đối với buổi khám mắt định kỳ, để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa phòng ngừa định kỳ trong mạng lưới gần quý vị, quý vị có thể: Tìm kiếm trực tuyến bằng cách sử dụng công cụ tìm kiếm trực tuyến nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa bổ sung của chúng tôi trên trang MolinaHealthcare.com/Medicare. Các phúc lợi bổ sung được chương trình cung cấp để hỗ trợ thanh toán các vật phẩm hoặc dịch vụ thường không được Medicare đài thọ. Tất cả các phúc lợi phải được sử dụng trong năm chương trình và chỉ khả dụng nếu quý vị đã ghi danh vào thời điểm cung cấp các dịch vụ. Quý vị có thể tiếp cận để nhận các dịch vụ đo thị lực bổ sung, thiết bị cho mắt và hỗ trợ thị lực kém thông qua các phúc lợi Medi-Cal của mình.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này. Có thể áp dụng các giới hạn và trường hợp loại trừ.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare)* Chúng tôi bao trả cho một lần thăm khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare). Buổi thăm khám bao gồm: • đánh giá về sức khỏe của quý vị, • giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm khám sàng lọc và chích ngừa), **và** • giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. **Lưu ý:** Chúng tôi chỉ bao trả cho lần thăm khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare) trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết rằng quý vị muốn đặt lịch khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare).	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare).
	Bảo hiểm khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu (Bổ sung) Là một phúc lợi bổ sung, bảo hiểm của quý vị bao trả tối đa $10,000 mỗi năm theo lịch cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu bên ngoài Hoa Kỳ (Mỹ). Phúc lợi này chỉ giới hạn ở các dịch vụ được phân loại là chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp được cung cấp ở Hoa Kỳ. Bảo hiểm toàn cầu bao gồm chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, vận chuyển xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất và chăm sóc sau khi ổn định. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải quay lại bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được bao trả cho dịch vụ chăm sóc hoặc phải nhận dịch vụ chăm sóc nội trú

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán		Những gì quý vị phải thanh toán
	Bảo hiểm khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu (Bổ sung) (tiếp) Dịch vụ cứu thương được bao trả trong những tình huống mà việc đến phòng cấp cứu theo bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Khi những tình huống này xảy ra, chúng tôi yêu cầu quý vị hoặc người chăm sóc quý vị gọi cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc cho quý vị ngay khi tình trạng và hoàn cảnh y tế của quý vị cho phép. Không bao trả vận chuyển trở lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác. Không bao trả các thủ tục chăm sóc định kỳ và thủ thuật đã đặt lịch trước hoặc chọn lọc. Không bao trả thuế và phí nước ngoài (bao gồm nhưng không giới hạn ở phí chuyển đổi tiền tệ hoặc phí giao dịch). Hoa Kỳ nghĩa là 50 tiểu bang, Đặc khu Columbia, Puerto Rico, Quần đảo Virgin, Guam, Đảo Northern Mariana và Samoa thuộc Hoa Kỳ.	tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép. Chi phí của quý vị là phần chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ chi trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. Áp dụng giới hạn tối đa của chương trình. Quý vị có thể cần nộp yêu cầu bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu/khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ. Giới hạn $10,000 từ chương trình mỗi năm theo lịch áp dụng cho phúc lợi này.

E. Các phúc lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không bao trả các dịch vụ sau, nhưng các dịch này được cung cấp thông qua Original Medicare hoặc Medi-Cal có trả phí dịch vụ.

E1. California Community Transitions (CCT)

Các chương trình California Community Transitions (Chuyển tiếp cộng đồng California, CCT) sử dụng các Tổ chức lãnh đạo tại địa phương để trợ giúp người thụ hưởng phúc lợi Medi-Cal, đã ở trong cơ sở nội trú trong ít nhất 90 ngày liên tiếp, chuyển tiếp trở lại, và được an toàn, môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong thời gian trước chuyển tiếp và trong vòng 365 ngày sau chuyển tiếp để hỗ trợ những người hưởng lợi đủ điều kiện trở lại môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ chức lãnh đạo CCT hoạt động ở hạt mà quý vị sinh sống. Quý vị có thể tìm thấy danh sách Tổ chức lãnh đạo CCT và hạt nơi các tổ chức này hoạt động trên trang web của Department of Health Care Services (Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe) tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

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

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

Nhà cung cấp tính hóa đơn cho chúng tôi các dịch vụ của quý vị. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển tiếp. Quý vị không cần chi trả cho các dịch vụ này.

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

Không có thay đổi nào về phúc lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** bao gồm thuốc.. Quý vị tiếp tục nhận phúc lợi thuốc bình thường thông qua chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị cần sử dụng dịch vụ chăm sóc không phải là dịch vụ chuyển tiếp CCT, hãy gọi cho Người quản lý hồ sơ của mình để sắp xếp dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải chuyển tiếp CCT là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến quá trình chuyển tiếp của quý vị từ một tổ chức hoặc cơ sở.

E2. Chương trình nha khoa Medi-Cal

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

- khám ban đầu, chụp X-quang, vệ sinh và điều trị bằng florua.
- phục hồi và bọc mão răng
- điều trị tủy răng
- làm răng giả một phần và toàn bộ hàm răng, điều chỉnh, sửa chữa và chỉnh lại nền đỡ răng

Các phúc lợi về nha khoa có sẵn trong Chương trình Nha khoa tính phí theo dịch vụ của Medi-Cal. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc cần hỗ trợ tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ 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. Nhân viên đại diện Chương trình dịch vụ nha khoa Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể truy cập trang web www.dental.dhcs.ca.gov để biết thêm thông tin.

Ngoài Chương trình Nha khoa trả phí theo dịch vụ của Medi-Cal, quý vị có thể nhận được phúc lợi nha khoa thông qua một kế hoạch chăm sóc nha khoa được quản lý. Các kế hoạch chăm sóc nha khoa được quản lý hiện có tại các hạt Sacramento và Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông

tin về các chương trình nha khoa hoặc muốn thay đổi chương trình nha khoa, vui lòng liên hệ Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (Người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí.

Lưu ý: Chương trình của chúng tôi có cung cấp các dịch vụ nha khoa bổ sung. Tham khảo Bảng phúc lợi trong **Phần D** để biết thêm thông tin.

E3. Chăm sóc cuối đời

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

Xem Bảng phúc lợi trong **Phần D** để biết thêm thông tin về những khoản chúng tôi thanh toán khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ do Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bao trả liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời tính hóa đơn cho Medicare các dịch vụ của quý vị. Medicare thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị không cần chi trả cho các dịch vụ này.

Đối với dịch vụ do Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bao trả không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị

- Nhà cung cấp sẽ tính hóa đơn cho Medicare các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ do Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bao trả. Quý vị không cần chi trả cho các dịch vụ này.

Đối với thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ bao trả cho thuốc men cùng lúc. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị cần sử dụng dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho Người quản lý hồ sơ của mình để sắp xếp dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị.

E4. Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS)

- Chương trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể an toàn trong chính ngôi nhà của mình. IHSS được xem là chương trình thay thế cho dịch vụ chăm sóc bên ngoài nhà, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc.
- Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt là, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc đại tiểu tiện, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), kèm theo các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ đối với người bị sa sút tinh thần.
- Người quản lý hồ sơ của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội của hạt của quý vị.

E5. Các chương trình miễn trừ 1915(c) Dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng (HCBS)

Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Sống (ALW)

- Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Sống (ALW) cung cấp cho người thụ hưởng Medi-Cal hội đủ điều kiện lựa chọn cư trú trong một cơ sở hỗ trợ sinh hoạt như biện pháp thay thế cho việc sắp xếp chỗ ở trong cơ sở điều dưỡng. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng và giống như ở nhà hoặc ngăn việc nhập viện vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn đối với những người thụ hưởng sắp có nhu cầu được sắp xếp chỗ ở trong cơ sở điều dưỡng.
- Các thành viên đã ghi danh ALW và đã được chuyển tiếp sang Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh với ALW trong khi vẫn tiếp tục được hưởng phúc lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với Cơ quan Quản lý Hồ sơ ALW để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Người quản lý hồ sơ của quý vị có thể giúp quý vị ghi danh cho ALW.

Miễn trừ HCBS cho người California có Khuyết Tật Phát Triển (HCBS-DD)

Miễn trừ Chương trình Tự Xác Định (SDP) của California cho Người có Khuyết Tật Phát Triển.

- Có hai miễn trừ 1915(c), Miễn trừ HCBS-DD và Miễn trừ SDP, cung cấp các dịch vụ cho những người đã được chẩn đoán với khyết tật phát triển phát bệnh trước sinh nhật lần thứ 18 của người đó và dự kiến sẽ kéo dài vô thời hạn. Cả hai miễn trừ đều là cách thức để tài trợ cho một số dịch vụ cho phép người bị khuyết tật phát triển sống ở nhà hoặc trong cộng đồng thay vì phải cư trú ở một cơ sở chăm sóc sức khỏe có giấy phép. Chi phí cho các dịch vụ này được tài trợ chung bởi chương trình Medicaid của chinh phủ liên bang và Tiểu Bang California. Người quản lý hồ sơ của quý vị có thể kết nối quý vị với các dịch vụ Miễn trừ DD.

Miễn trừ Dịch vụ Thay thế Tại gia và Cộng đồng (HCBA)

Miễn trừ HCBA cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc cho người có nguy cơ phải được sắp xếp chỗ ở trong nhà điều dưỡng hoặc viện dưỡng lão. Các chương trình quản lý chăm sóc được cung cấp bởi Nhóm quản lý chăm sóc đa ngành gồm có y tá và nhân viên xã hội. Nhóm điều phối các dịch vụ Miễn trừ và Chương trình tiểu bang (chẳng hạn như y tế, sức khỏe hành vi, Dịch vụ hỗ trợ tại nhà, v.v.), và sắp xếp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn khác có sẵn trong cộng đồng địa phương. Các dịch vụ quản lý chăm sóc và Miễn trừ được cung cấp tại nơi cư trú trong cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể là nhà thuộc sở hữu riêng, nơi ở được đảm bảo thông qua thỏa thuận thuê nhà hoặc nơi cư trú của một thành viên trong gia đình.

- Các thành viên đã ghi danh Miễn trừ HCBA và đã được chuyển sang Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh Miễn trừ HCBA mà vẫn tiếp tục được hưởng phúc lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với cơ quan miễn trừ HCBA của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Người quản lý hồ sơ của quý vị có thể giúp quý vị ghi danh cho ALW.

Chương trình Miễn trừ Medi-Cal (MCW)

- Chương trình Miễn trừ Medi-Cal (MCW) cung cấp các dịch vụ quản lý hồ sơ và chăm sóc trực tiếp toàn diện cho người đang mắc HIV như biện pháp thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý hồ sơ là phương pháp tiếp cận nhóm, lấy người tham gia làm trung tâm, gồm có một y tá đã đăng ký và người quản lý hồ sơ là nhân viên xã hội Người quản lý hồ sơ làm việc với người tham gia và (những) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, gia đình, (những) người chăm sóc và những nhà cung cấp dịch vụ khác, để đánh giá các nhu cầu chăm sóc nhằm giúp bệnh nhân được ở lại nhà và trong cộng đồng của họ.
- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp các dịch vụ tại nhà và cộng đồng cho người mắc HIV mà có thể cần các dịch vụ tại cơ sở; (2) hỗ trợ người tham gia quản lý sức khỏe HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ xã hội và sức khỏe hành vi và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ các dịch vụ bị trùng lặp.
- Các thành viên đã ghi danh Miễn trừ MCWP và đã được chuyển sang Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh Miễn trừ MCWP mà vẫn tiếp tục được hưởng phúc lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với cơ quan miễn trừ MCWP của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Người quản lý hồ sơ của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký MCWP.

Multipurpose Senior Services Program (MSSP)*

- Chương trình dịch vụ đa mục đích dành cho người cao tuổi (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe và dịch vụ xã hội nhằm hỗ trợ các cá nhân tiếp tục ở trong nhà và trong cộng đồng.
- Trong khi hầu hết những người tham gia chương trình này đều nhận được Dịch vụ hỗ trợ tại nhà, MSSP còn cung cấp dịch vụ Người quản lý hồ sơ liên tục, kết nối người tham gia với các nguồn lực và dịch vụ cộng đồng cần thiết khác, phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm

sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết không có sẵn theo cách khác nhằm ngăn ngừa hoặc kìm hãm tình trạng sống phụ thuộc trong cơ sở chăm sóc. Tổng chi phí thường niên cho việc quản lý chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí nhận dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

- Một nhóm các chuyên gia dịch vụ sức khỏe và xã hội sẽ đưa ra đánh giá toàn diện về sức khỏe và tâm lý-xã hội cho từng người tham gia MSSP nhằm xác định các dịch vụ cần thiết. Nhóm này sau đó sẽ làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ cùng các bên khác nhằm xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân. 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 làm việc nhà, chăm sóc cá nhân, và các dịch vụ giám sát bảo vệ
  - dịch vụ chăm sóc tạm thế
  - dịch vụ vận chuyển
  - dịch vụ tư vấn và điều trị
  - dịch vụ bữa ăn
  - dịch vụ giao tiếp.
- Các thành viên đã ghi danh Miễn trừ MSSP và đã được chuyển sang Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal có thể tiếp tục ghi danh Miễn trừ MSSP mà vẫn tiếp tục được hưởng phúc lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với nhà cung cấp MSSP để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Người quản lý hồ sơ của quý vị có thể giúp quý vị ghi danh cho MSSP.

F. Các phúc lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả

Phần này cho quý vị biết về những phúc lợi không nằm trong chương trình của chúng tôi. “Bị loại trừ” nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các phúc lợi này. Medicare và Medi-Cal cũng không thanh toán cho các phúc lợi này.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật phẩm không được chúng tôi bao trả trong bất kỳ điều kiện nào và một số bị loại trừ chỉ trong một số trường hợp.

Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các phúc lợi y tế bị loại trừ trong phần này (hoặc bất cứ phần nào khác trong *Sổ tay thành viên* này) trừ trong những điều kiện cụ thể được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận được dịch vụ tại cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không thanh toán cho dịch vụ này. Nếu quý vị cho rằng chương trình chúng tôi phải thanh toán cho một dịch vụ không được bao trả, quý vị có thể

yêu cầu kháng nghị. Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Ngoài bất kỳ loại trừ hoặc giới hạn được mô tả trong Bảng phúc lợi, chương trình của chúng tôi không bao trả các vật phẩm và dịch vụ sau đây:

- các dịch vụ được xem là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo Medicare và Medi-Cal, trừ khi chúng tôi liệt kê những dịch vụ này dưới dạng dịch vụ được bao trả.
- điều trị ngoại khoa và y khoa, vật phẩm và thuốc thử nghiệm, trừ khi được Medicare hay chương trình của chúng tôi bao trả, hoặc được bao trả theo một nghiên cứu lâm sàng mà Medicare phê duyệt. Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng. Các vật phẩm và phương pháp điều trị thử nghiệm thường không được cộng đồng y khoa chấp nhận.
- điều trị ngoại khoa cho bệnh béo phì, trừ khi việc điều trị này cần thiết về mặt y tế và Medicare đồng ý thanh toán
- một phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế
- điều dưỡng tư nhân
- các đồ vật cá nhân trong phòng tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi
- chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị
- chi phí mà người thân trực hệ hoặc thành viên sống cùng nhà của quý vị yêu cầu chi trả
- bữa ăn được giao đến nhà quý vị
- các dịch vụ hoặc thủ thuật nâng cao tự nguyện hoặc tự chọn (bao gồm giảm cân, mọc tóc, hoạt động quan hệ, hoạt động thể thao, vì mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và hoạt động trí óc), trừ khi cần thiết về mặt y tế
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc các liệu pháp thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết vì chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện một bộ phận cơ thể có hình dạng không đúng. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tái tạo một vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú và điều trị vú còn lại để cân đối với vú này
- các dịch vụ chăm sóc nắn xương khớp, ngoại trừ điều chỉnh cột sống theo cách thủ công, phù hợp với các hướng dẫn về phạm vi bảo hiểm
- chăm sóc chân định kỳ, ngoại trừ như mô tả trong Dịch vụ bệnh về chân trong Bảng phúc lợi Phần D
- giày chỉnh hình, trừ khi giày chỉnh hình là bộ phận của nẹp chân và nằm trong chi phí nẹp chân, hoặc giày chỉnh hình dành cho người bị bệnh về chân do tiểu đường
- thiết bị hỗ trợ cho chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu cho người bị bệnh về chân do tiểu đường
- thủ thuật rạch giác mạc hình nan hoa, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực thấp khác

- các thủ thuật đảo ngược triệt sản và vật tư giúp tránh thai không kê toa
- dịch vụ chữa bệnh bằng liệu pháp tự nhiên (dùng liệu pháp thay thế hoặc liệu pháp tự nhiên)
- các dịch vụ cho cựu chiến binh tại các cơ sở thuộc Veterans Affairs (VA) Tuy nhiên, nếu một cựu chiến binh nhận được dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện thuộc VA và chi phí chia sẻ của VA cao hơn chi phí chia sẻ theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch cho cựu chiến binh. Quý vị vẫn phải chi trả khoản chi phí chia sẻ của mình.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị

Giới Thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để quý vị được nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú. Đây là các loại thuốc mà nhà cung cấp đặt hàng cho quý vị mà quý vị nhận được qua nhà thuốc hoặc qua đường bưu điện. Chúng bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần D và Medi-Cal. **Chương 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị cho quý vị biết số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Chúng tôi cũng bao trả các thuốc sau đây, mặc dù các thuốc đó không được thảo luận trong chương này:

- **Thuốc được Medicare Phần A bao trả.** Những loại thuốc này thường bao gồm thuốc được cung cấp cho quý vị khi đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được Medicare Phần B bao trả.** Những thuốc này bao gồm một số thuốc hóa trị liệu, một vài loại thuốc tiêm cho quý vị khi đến khám tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác, và thuốc được cấp tại phòng khám lọc máu. Để tìm hiểu thêm về những thuốc được bao trả theo Medicare Phần B, tham khảo Bảng phúc lợi ở **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Ngoài Medicare Phần D và bảo hiểm phúc lợi y tế của chương trình, thuốc của quý vị có thể được Original Medicare đài thọ nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare. Để tìm hiểu thêm thông tin, vui lòng tham khảo Chương 5, Phần F “Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận.”

Các quy tắc bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi

Chúng tôi thường bao trả cho các thuốc của quý vị khi quý vị tuân theo các quy tắc trong phần này.

Quý vị phải yêu cầu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác viết toa thuốc, toa thuốc này phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị (PCP). Cũng có thể là nhà cung cấp khác trong mạng lưới nếu PCP của quý vị đã giới thiệu quý vị đến dịch vụ chăm sóc.

Bác sĩ kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh sách loại trừ hoặc ngăn cấm của Medicare.

Quý vị thường phải mua toa thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

Thuốc theo toa của quý vị phải nằm trong *Danh sách thuốc được bao trả* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.

- Nếu thuốc đó không nằm trong Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể đài thọ cho thuốc đó bằng cách cung cấp cho quý vị trường hợp ngoại lệ.
- Tham khảo Chương 9 để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ.

Ngoài ra, vui lòng lưu ý rằng yêu cầu bao trả thuốc theo toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal.

Thuốc của quý vị phải được dùng cho mục đích được chấp nhận về mặt y tế. Điều này nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm (FDA) phê chuẩn hoặc được một số tài liệu y khoa tham khảo chứng minh. Bác sĩ của quý vị có thể giúp xác định các tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc theo toa theo yêu cầu.

Mục Lục

A. Nhận thuốc theo toa 137

A1. Nhận thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới 137

A2. Sử dụng Thẻ ID thành viên của quý vị khi nhận thuốc theo toa 137

A3. Việc cần làm nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới 137

A4. Việc cần làm nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới 138

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên biệt 138

A6. Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện để nhận thuốc 138

A7. Nhận thuốc dài hạn 140

A8. Sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi 140

A9. Hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc theo toa 140

B. Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi 141

B1. Thuốc trong Danh sách thuốc 141

B2. Làm thế nào để tìm thấy một loại thuốc trong Danh sách thuốc 142

B3. Thuốc không nằm trong Danh sách thuốc 142

B4. Chia sẻ chi phí đối với Danh sách thuốc 143

C. Giới hạn đối với một số thuốc 144

D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả 145

D1. Nhận lượng thuốc tạm thời 145

D2. Yêu cầu lượng thuốc tạm thời 146

D3. Yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ 147

E. Thay đổi mức bảo hiểm đối với thuốc của quý vị 147

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt 149

F1. Đang nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi bao trả 149

F2. Đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn 150

F3. Đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận 150

G. Các chương trình về sử dụng thuốc an toàn và quản lý thuốc 151

G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn 151

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình 151

G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn 152

A. Nhận thuốc theo toa

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho các thuốc theo toa khi nhận thuốc ở bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc đồng ý cấp thuốc theo toa cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, hãy xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị.

A2. Sử dụng Thẻ ID thành viên của quý vị khi nhận thuốc theo toa

Để nhận thuốc theo toa, **hãy xuất trình Thẻ ID thành viên của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới lập hóa đơn cho chúng tôi đối với khoản chia sẻ chi phí cho thuốc theo toa được bao trả của quý vị. Quý vị có thể cần thanh toán cho nhà thuốc khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận thuốc theo toa của mình.

Hãy nhớ rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ nhận dạng phúc lợi (BIC) để nhận thuốc được Medi-Cal Rx bao trả.

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID thành viên hoặc BIC khi nhận thuốc theo toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi điện cho chúng tôi để nhận các thông tin cần thiết.

- Nếu nhà thuốc không thể nhận thông tin cần thiết, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí khi nhận thuốc theo toa. Sau đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho quý vị. **Nếu quý vị không thể thanh toán cho thuốc, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên ngay lập tức.** Chúng tôi sẽ làm mọi việc có thể để giúp đỡ quý vị.
- Để yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Nếu cần trợ giúp về việc nhận thuốc theo toa, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của mình.

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

Nếu thay đổi nhà thuốc và cần nhận thêm thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu toa thuốc mới do nhà cung cấp kê đơn hoặc yêu cầu nhà thuốc hiện tại chuyển toa thuốc cho nhà thuốc mới nếu toa thuốc đó vẫn còn nhiều lần lấy thêm thuốc.

Nếu cần trợ giúp thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị.

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

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

Để tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới, hãy xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị.

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên biệt

Đôi lúc quý vị sẽ phải nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc chuyên biệt. Các nhà thuốc chuyên biệt bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền dịch tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho người sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn, ví dụ như cơ sở điều dưỡng.
  - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn sẽ có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị sống tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi đảm bảo quý vị nhận được những thuốc cần thiết tại nhà thuốc của cơ sở đó.
  - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn không thuộc mạng lưới của chúng tôi, hoặc quý vị gặp khó khăn khi tiếp cận các loại thuốc ở cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên.
- Các nhà thuốc phục vụ Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, chỉ người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa mới có thể sử dụng các nhà thuốc này.
- Nhà thuốc phát thuốc bị FDA cấm ở một số địa điểm nhất định hoặc cần phải có xử lý đặc biệt, phối hợp nhà cung cấp, hoặc giáo dục về cách sử dụng thuốc. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm nhà thuốc chuyên biệt, quý vị có thể xem trong *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi, hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị.

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

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi. Thông thường, thuốc được cung cấp thông qua đặt hàng qua đường bưu điện là thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên cho tình trạng y tế mạn

tính hoặc lâu dài. Những loại thuốc **không** được cung cấp qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình sẽ được đánh dấu **"NM"**.

Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình cho phép quý vị đặt hàng một lượng thuốc đủ dùng cho tối thiểu (31) ngày và tối đa là (90) ngày. Lượng thuốc đủ dùng trong (90) ngày có cùng khoản đồng thanh toán như lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

Nhận thuốc theo toa qua đường bưu điện

Để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về cách nhận thuốc qua đường bưu điện, vui lòng gọi bộ phận Dịch vụ thành viên.

Thông thường, quý vị sẽ nhận được thuốc theo toa qua đường bưu điện trong vòng (14) ngày. Nếu có nhu cầu khẩn cấp hoặc thuốc theo toa bị chậm trễ, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên (số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên được in ở bìa sau của tập sách này) để được giúp đỡ nhận lượng thuốc theo toa tạm thời.

Quy trình đặt hàng qua đường bưu điện

Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện có các quy trình khác nhau cho toa thuốc mới mà dịch vụ nhận được từ quý vị, toa thuốc mới mà dịch vụ nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị, và nhận thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện cho quý vị:

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

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

2. **Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị**

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

   - Điều này giúp quý vị đảm bảo rằng nhà thuốc giao đúng thuốc (bao gồm liều lượng, số lượng và hình thức) và cho phép quý vị, nếu cần, ngưng hoặc hoãn lại đơn hàng trước khi: quý vị được lập hóa đơn và thuốc được giao
   - Hãy trả lời mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị để báo cho họ biết cần làm gì với toa thuốc mới và ngăn xuất hiện sự trì hoãn trong việc giao hàng.

3. **Nhận thêm thuốc theo toa bác sĩ qua đường bưu điện**

   Để nhận thêm thuốc, hãy liên hệ nhà thuốc của quý vị (14) ngày trước khi số thuốc theo toa hiện có của quý vị hết để đảm bảo rằng thuốc theo toa tiếp theo được giao đến quý vị kịp thời. Nếu quý vị gặp khó khăn và cần hỗ trợ, vui lòng liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị theo số (855) 665-4627, TTY: 711.

Hãy cho nhà thuốc biết phương thức liên hệ tiện lợi nhất để họ có thể liên hệ với quý vị và xác nhận đơn hàng của quý vị trước khi giao.

A7. Nhận thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận lượng thuốc duy trì dài hạn trong Danh sách thuốc của chương trình. Thuốc duy trì là thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên cho tình trạng y tế mạn tính hoặc lâu dài.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận lượng thuốc duy trì dài hạn. Lượng thuốc đủ dùng trong (31) ngày có cùng khoản đồng thanh toán như lượng thuốc đủ dùng trong một tháng. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào có thể cung cấp nguồn tiếp liệu thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Người quản lý hồ sơ của mình hoặc bộ phận Dịch vụ thành 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 trong mạng lưới thuộc chương trình của chúng tôi để nhận lượng thuốc duy trì dài hạn. Tham khảo **Phần A6** để tìm hiểu về dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện.

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

Thông thường, chúng tôi thanh toán cho các thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới ở ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi nơi quý vị có thể nhận các thuốc theo toa được mua với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi.

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

- Nếu thuốc theo toa liên quan đến trường hợp chăm sóc khẩn cấp
- Nếu thuốc theo toa này liên quan đến việc chăm sóc cho trường hợp cấp cứu y tế
- Khoản bảo hiểm sẽ được giới hạn chỉ đối với lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày trừ khi toa thuốc được kê cho thời gian ngắn hơn

Trong những trường hợp này, trước hết hãy kiểm tra với Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần quý vị không.

A9. Hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc theo toa

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thay vì khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí cho quý vị.

Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa có thể được Medi-Cal Rx bao trả, quý vị có thể được nhà thuốc đó bồi hoàn sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho toa thuốc đó. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn lại tiền bằng cách gửi yêu cầu bồi hoàn "Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)" (Bồi hoàn chi phí tự trả Medi-Cal [Conlan]). Thông tin thêm có trên trang web của Medi-Cal Rx: medi- calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Để tìm hiểu thêm về vấn đề này, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

B. Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi

Chúng tôi có *Danh sách thuốc được bao trả.* Chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc".

Chúng tôi chọn thuốc trong Danh sách thuốc với sự trợ giúp của một nhóm các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách thuốc cũng cho quý vị biết các quy tắc cần tuân theo để nhận thuốc của mình.

Chúng tôi thường bao trả cho thuốc trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi khi quý vị tuân theo các quy tắc mà chúng tôi giải thích trong chương này.

B1. Thuốc trong Danh sách thuốc

Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm các loại thuốc được Medicare Phần D bao trả.

Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được chương trình của quý vị bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ định danh người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.

Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm thuốc biệt dược và thuốc gốc cũng như thuốc sinh học tương tự.

Thuốc biệt dược là loại thuốc theo được bán dưới tên có nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Các loại thuốc biệt dược phức tạp hơn các loại thuốc thông thường (ví dụ như thuốc có gốc protein) được gọi là các sản phẩm sinh học. Trong Danh sách thuốc của chúng tôi, khi chúng tôi đề cập đến "thuốc", điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt tính với thuốc biệt dược. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc thông thường, thay vì có dạng thuốc gốc, có các lựa chọn thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Nói chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có tác dụng giống như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học và thường có giá thấp hơn. Có nhiều loại thuốc thay thế thuốc gốc hoặc thuốc thay thế sinh học tương tự có sẵn cho nhiều loại thuốc biệt dược và một số sản phẩm sinh học. Trao đổi với nhà cung cấp nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược có đáp ứng nhu cầu của quý vị hay không.

Chương trình của chúng tôi cũng bao trả một số thuốc và sản phẩm OTC. Một số thuốc OTC có chi phí thấp hơn thuốc theo toa và có hiệu quả tương tự. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên.

B2. Làm thế nào để tìm thấy một loại thuốc trong Danh sách thuốc

Để tìm hiểu xem liệu một loại thuốc quý vị dùng có trong Danh sách thuốc hay không, quý vị có thể:

- Kiểm tra Danh sách thuốc gần đây nhất mà chúng tôi gửi cho quý vị qua đường bưu điện.
- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/Medicare. Danh sách thuốc trên trang web luôn là danh sách mới nhất.
- Hãy gọi cho Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu xem một loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu bản sao của danh sách này.
- Thuốc không được Phần D bao trả có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng “Real Time Benefit Tool” (Công cụ tìm phúc lợi thời gian thực) của chúng tôi tại Caremark.com hoặc gọi cho Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong Danh sách thuốc để ước tính số tiền phải thanh toán và tìm xem có loại thuốc thay thế nào trong Danh sách thuốc có thể điều trị được tình trạng tương tự hay không.

B3. Thuốc không nằm trong Danh sách thuốc

Chúng tôi không bao trả tất cả các thuốc theo toa. Một số thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi bởi vì luật pháp không cho phép chúng tôi bao trả những thuốc đó. Trong những trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh sách thuốc của chúng tôi.

Chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho các loại thuốc được liệt kê trong phần này. Các thuốc này được gọi là **thuốc bị loại trừ**. Nếu nhận được toa thuốc cho loại thuốc bị loại trừ, quý vị có thể cần phải tự mình thanh toán cho thuốc đó. Nếu cho rằng chúng tôi cần thanh toán cho thuốc bị loại trừ trong trường hợp của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin về kháng nghị.

Đây là ba quy tắc chung cho thuốc bị loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm Medicare Phần D) không thể trả tiền cho một loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã bao trả. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B miễn phí, nhưng những loại thuốc này không được xem là một phần của các phúc lợi thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị.

2. Chương trình của chúng tôi không thể bao trả một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ thuộc Hoa Kỳ.
3. Việc sử dụng thuốc phải được FDA chấp thuận hoặc được một số tài liệu y khoa tham khảo chứng minh rằng đó là phương pháp điều trị cho tình trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể kê một thuốc nhất định để điều trị tình trạng của quý vị ngay cả khi thuốc đó không được phê chuẩn để điều trị tình trạng đó. Đây được gọi là "sử dụng ngoài hướng dẫn". Chương trình của chúng tôi thường không bao trả cho các loại thuốc được kê toa để sử dụng ngoài hướng dẫn.

Ngoài ra, theo luật pháp, Medicare hoặc Medi-Cal không được bao trả các loại thuốc được liệt kê dưới đây.

Thuốc dùng để cải thiện khả năng sinh sản

Thuốc dùng để giảm triệu chứng ho và cảm lạnh*

Thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc

Các sản phẩm vitamin và khoáng chất được kê theo toa ngoại trừ các chế phẩm vitamin và florua* cho phụ nữ mang thai
Các thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc rối loạn cường dương

Thuốc dùng cho điều trị chứng chán ăn, tăng cân hoặc sụt cân*

Thuốc điều trị ngoại trú do một công ty sản xuất mà quý vị phải làm xét nghiệm hoặc dịch vụ chỉ do họ thực hiện

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

B4. Chia sẻ chi phí đối với Danh sách thuốc

Mọi loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một bậc. Bậc là một nhóm các loại thuốc thường là cùng loại (ví dụ như thuốc biệt dược, thuốc gốc, hoặc thuốc OTC). Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí thuốc của quý vị càng cao.

Để tìm hiểu các thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tìm loại thuốc đó trong Danh sách thuốc của chúng tôi.

Chương 6 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị chỉ rõ số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc.

C. Giới hạn đối với một số thuốc

Đối với một số thuốc theo toa, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi bao trả cho các thuốc đó. Nhìn chung, quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị nhận thuốc phù hợp với tình trạng y tế của quý vị, đồng thời cũng an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc an toàn và có chi phí thấp hơn có hiệu quả như thuốc có chi phí cao hơn, chúng tôi kỳ vọng nhà cung cấp của quý vị sẽ kê loại thuốc có chi phí thấp hơn đó.

Nếu có quy tắc đặc biệt đối với thuốc của quý vị thì thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi có thể bao trả cho loại thuốc đó. Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể phải cho chúng tôi biết về chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu trước. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cho rằng quy tắc của chúng tôi không nên áp dụng cho tình huống của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể hoặc có thể không đồng ý để quý vị sử dụng loại thuốc đó mà không thực hiện thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

1. Giới hạn sử dụng biệt dược khi có sẵn thuốc gốc

Thông thường, thuốc gốc có tác dụng như biệt dược và thường có chi phí thấp hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có sẵn một phiên bản thuốc gốc của thuốc biệt dược, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cấp phiên bản thuốc gốc cho quý vị.

- Chúng tôi thường không thanh toán cho biệt dược khi có sẵn một phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết lý do y tế mà thuốc gốc không có hiệu quả đối với quý vị hoặc viết “No substitutions” (Không thay thế) trên toa thuốc của quý vị cho thuốc biệt dược hoặc cho chúng tôi biết lý do y tế mà thuốc gốc hoặc thuốc được bao trả khác điều trị cùng tình trạng sẽ có hiệu quả đối với quý vị, thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc biệt dược.

2. Xin chương trình phê chuẩn trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải xin chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi quý vị nhận thuốc theo toa. Nếu quý vị không nhận được chấp thuận, chúng tôi có thể không bao trả cho thuốc.

3. Thử một loại thuốc khác trước

Nhìn chung, chúng tôi muốn quý vị thử các loại thuốc có chi phí thấp hơn và có hiệu quả tương đương trước khi bao trả cho các thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B dùng để điều trị cho cùng một tình trạng y tế, Thuốc A có chi phí thấp hơn Thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử sử dụng Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A **không** có tác dụng với quý vị thì chúng tôi sẽ bao trả Thuốc B. Đây được gọi là trị liệu từng bước.

4. Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi sẽ giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: chúng tôi có thể giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần quý vị nhận thuốc theo toa.

Để tìm hiểu xem bất cứ quy tắc nào trên đây có áp dụng cho loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Danh sách thuốc của chúng tôi. Để biết thông tin mới nhất, hãy gọi đến bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ MolinaHealthcare.com/Medicare. Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm và quyết định yêu cầu cho phép trường hợp ngoại lệ của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo phần E trong Chương 9.

D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả

Chúng tôi cố gắng làm cho khoản bao trả thuốc có lợi cho quý vị, nhưng đôi khi thuốc có thể không được bao trả theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không bao trả loại thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc có thể không thuộc Danh sách thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể bao trả cho một loại thuốc gốc, chứ không phải thuốc biệt dược mà quý vị muốn dùng. Một thuốc có thể là thuốc mới và chúng tôi vẫn chưa xem xét tính an toàn cũng như hiệu quả của thuốc đó.
- Chương trình của chúng tôi bao trả thuốc, nhưng có những quy tắc đặc biệt hoặc giới hạn bao trả cho thuốc đó. Như đã giải thích ở mục trên, một số loại thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả có những quy tắc giới hạn việc sử dụng thuốc. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa thuốc của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi trường hợp ngoại lệ.

Có một số điều quý vị có thể làm nếu chúng tôi không bao trả thuốc theo cách quý vị muốn chúng tôi bao trả.

D1. Nhận lượng thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc tạm thời khi loại thuốc đó không có trong Danh sách thuốc hoặc bị giới hạn theo cách nào đó. Điều này giúp quý vị có thời gian để nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về việc nhận một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc đó.

Để nhận nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Loại thuốc quý vị đang dùng:
   - không còn trong Danh sách thuốc của chúng tôi, **hoặc**
   - chưa từng nằm trong Danh sách thuốc của chúng tôi, **hoặc**

- hiện đang bị giới hạn theo cách nào đó.

2. Quý vị phải ở một trong các tình huống sau:
   - Quý vị đã tham gia chương trình năm ngoái.
     - Chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc tạm thời cho quý vị **trong (90) ngày đầu tiên của năm theo lịch**.
     - Lượng thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng cho tối đa (31) ngày.
     - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa (31) ngày. Quý vị phải nhận thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
     - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa của quý vị theo lượng nhỏ mỗi lần nhằm tránh lãng phí.
   - Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
     - Chúng tôi bao trả lượng thuốc tạm thời cho quý vị **trong (90***) ngày đầu tiên* **quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.**
     - Lượng thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng cho tối đa (31) ngày.
     - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa (31) ngày. Quý vị phải nhận thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
     - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa của quý vị theo lượng nhỏ mỗi lần nhằm tránh lãng phí.
   - Quý vị đã tham gia chương trình hơn 90 ngày, sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn và cần lượng thuốc ngay lập tức.
     - Chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc đủ dùng cho tối đa (31) ngày nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng thuốc tạm thời phía trên.
     - Xin lưu ý rằng chính sách chuyển tiếp của chúng tôi chỉ áp dụng cho các thuốc thuộc “Phần D” và được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị không thể sử dụng chính sách chuyển tiếp để nhận thuốc không phải thuốc Phần D hoặc thuốc ngoài mạng lưới, trừ khi đủ điều kiện nhận thuốc ngoài mạng lưới.

D2. Yêu cầu lượng thuốc tạm thời

Để yêu cầu nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời, hãy gọi cho Dịch Vụ Thành Viên.

Khi nhận lượng thuốc tạm thời, hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị ngay khi có thể để quyết định phải làm gì khi lượng thuốc hết. Quý vị có các lựa chọn như:

- Đổi sang thuốc khác.

Chương trình của chúng tôi có thể bao trả cho một loại thuốc khác phù hợp với quý vị. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để yêu cầu danh sách các thuốc chúng tôi bao trả điều trị cùng một tình trạng y tế. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy thuốc được bao trả có thể có tác dụng đối với quý vị.

HOẶC

- Yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ.

  Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho một loại thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc không giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết quý vị có lý do y tế chính đáng để được cho phép ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ.

D3. Yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ

Nếu thuốc quý vị đang dùng sẽ bị loại khỏi Danh sách thuốc hoặc bị giới hạn theo cách nào đó trong năm tiếp theo, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ trước năm tiếp theo.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết về bất cứ thay đổi nào trong bảo hiểm đối với thuốc của quý vị trong năm tiếp theo. Yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ và bao trả cho loại thuốc này vào năm tới theo cách quý vị muốn.
- Chúng tôi trả lời yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ của quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu (hoặc giấy xác nhận của bác sĩ kê toa cho quý vị).

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ, có thể liên lạc với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị.

E. Thay đổi mức bảo hiểm đối với thuốc của quý vị

Phần lớn các thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc loại bỏ thuốc khỏi Danh sách thuốc của chúng tôi trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi quy tắc về thuốc. Ví dụ như chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu cho phép trước (PA) đối với một loại thuốc (sự cho phép từ chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận được một loại thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi hạn chế của trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi bao trả cho thuốc khác).

Để biết thêm thông tin về các quy tắc thuốc này, tham khảo **Phần C**.

Nếu quý vị đang sử dụng thuốc được bao trả vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm cho thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- trên thị trường xuất hiện loại thuốc mới rẻ hơn và có hiệu quả tương tự như thuốc trong Danh sách thuốc hiện tại của chúng tôi,

  hoặc

- chúng tôi biết rằng một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

Để biết thêm thông tin về điều xảy ra khi Danh sách thuốc thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Xem Danh sách thuốc hiện hành trực tuyến của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare **hoặc**
- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để kiểm tra Danh sách thuốc hiện tại của chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang.

Một số thay đổi đối với Danh sách thuốc sẽ diễn ra **ngay lập tức**. Ví dụ:

- **Có sẵn một loại thuốc gốc mới.** Đôi khi, trên thị trường sẽ xuất hiện loại thuốc gốc mới rẻ hơn có hiệu quả tương tự như thuốc biệt dược trong Danh sách thuốc hiện tại của chúng tôi. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc biệt dược và thêm thuốc gốc mới nhưng chi phí của quý vị đối với thuốc mới sẽ được giữ nguyên.

  Khi chúng tôi bổ sung một loại thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ lại thuốc biệt dược đó trong danh sách, nhưng sẽ thay đổi quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm.

  - Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi này nhưng sẽ gửi cho quý vị thông tin về một thay đổi cụ thể mà chúng tôi thực hiện khi áp dụng thay đổi đó.
  - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu cấp "trường hợp ngoại lệ" để không áp dụng những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo kèm theo các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9** trong sổ tay này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.
- **Một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.** Nếu FDA cho biết loại thuốc quý vị đang sử dụng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc này loại bỏ thuốc khỏi thị trường, chúng tôi sẽ loại bỏ thuốc này khỏi Danh sách thuốc. Nếu quý vị đang sử dụng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến thuốc quý vị sử dụng. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về các thay đổi khác này đối với Danh sách thuốc. Các thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA đưa ra hướng dẫn mới hoặc có các hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi bổ sung một loại thuốc gốc không phải thuốc mới xuất hiện trên thị trường **và**
  - Thay thế một thuốc biệt dược hiện có trong Danh sách thuốc của chúng tôi **hoặc**
  - Thay đổi về quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm đối với thuốc biệt dược.
- Chúng tôi bổ sung thuốc gốc **và**
  - Thay thế một biệt dược hiện có trong Danh Sách Thuốc **hoặc**
  - Thay đổi về quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm đối với thuốc biệt dược.

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 trong Danh sách thuốc **hoặc**
- Thông báo cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thêm thuốc.

Việc này sẽ cho quý vị thời gian để trao đổi với bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- Có loại thuốc tương tự trong Danh sách thuốc quý vị có thể sử dụng thay thế hay không **hoặc**
- Quý vị có cần yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ để không áp dụng các thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Chúng tôi có thể thực hiện thay đổi đối với thuốc quý vị đang dùng mà không ảnh hưởng đến quý vị ngay lúc đó. Đối với những thay đổi này, nếu quý vị đang sử dụng thuốc được chúng tôi bao trả vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm cho thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ một loại thuốc quý vị đang sử dụng, tăng khoản thanh toán của quý vị cho thuốc, hoặc giới hạn việc sử dụng thuốc đó, thì thay đổi không làm ảnh hưởng việc sử dụng thuốc của quý vị: hoặc khoản thanh toán của quý vị cho thuốc đó trong thời gian còn lại trong năm.

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Đang nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu quý vị nhập viện hoặc được nhận vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi bao trả, chúng tôi thường bao trả cho chi phí thuốc theo toa của quý vị trong thời gian quý vị ở đó. Quý vị sẽ không trả khoản đồng thanh toán. Khi quý vị xuất viện hoặc rời cơ sở điều dưỡng

chuyên môn, chúng tôi bao trả cho các thuốc của quý vị nếu các thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc bao trả của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc và khoản tiền quý vị phải thanh toán, tham khảo **Chương 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

F2. Đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn như cơ sở điều dưỡng có nhà thuốc riêng hoặc có nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho tất cả những người sống ở đó. Nếu quý vị sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận các thuốc theo toa của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở nếu nhà thuốc đó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Hãy kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên lạc với bộ phận Dịch vụ thành viên.

F3. Đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ bao trả cho thuốc men cùng lúc.

- Quý vị có thể đã ghi danh một chương trình chăm sóc cuối đời Medicare và cần dùng thuốc giảm đau, chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng hoặc chống lo âu mà cơ sở chăm sóc sức khỏe của quý vị không bao trả vì thuốc này không liên quan đến tiên lượng và tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê đơn hoặc nhà cung cấp thuốc của quý vị rằng thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó.
- Để không bị chậm trễ trong việc nhận được thuốc không liên quan mà chương trình của chúng tôi nên bao trả, quý vị có thể đề nghị nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị hoặc bác sĩ kê toa đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông báo rằng thuốc đó không liên quan trước khi quý vị nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc.

Nếu quý vị rời chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả toàn bộ thuốc của quý vị. Để không bị chậm trễ tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị chấm dứt, hãy đem theo hồ sơ đến nhà thuốc để xác minh việc đã rời khỏi bệnh viện chăm sóc cuối đời.

Tham khảo các phần trước của chương này để biết về thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả. Xem **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin về phúc lợi chăm sóc cuối đời.

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

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

Mỗi lần quý vị nhận thuốc theo toa, chúng tôi sẽ kiểm tra xem có vấn đề gì không, ví dụ như sai sót về thuốc hoặc các loại thuốc:

- Có thể không cần thiết do quý vị sử dụng thuốc khác có công dụng tương tự
- Có thể không an toàn cho độ tuổi và giới tính của quý vị
- Có thể gây hại nếu quý vị uống các thuốc đó cùng thời gian
- Có các thành phần gây dị ứng hoặc có thể gây dị ứng cho quý vị
- Chứa lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

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

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

Chương trình của chúng tôi có một chương trình trợ giúp các thành viên có các nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong trường hợp này, quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ miễn phí thông qua một chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Chương trình này sẽ giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị đảm bảo rằng thuốc của quý vị có hiệu quả cải thiện sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, một dược sĩ hoặc chuyên gia về sức khỏe khác sẽ kiểm tra lại mọi loại thuốc của quý vị một cách toàn diện và trao đổi với quý vị về:

- cách để những thuốc quý vị dùng phát huy tác dụng tốt nhất
- bất kỳ mối quan ngại nào của quý vị, như chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- cách dùng thuốc tốt nhất
- mọi thắc mắc hoặc vấn đề của quý vị về thuốc theo toa và thuốc không kê toa

Sau đó, họ sẽ cho quý vị:

- Một bản tóm tắt của cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt này có một chương trình hành động về thuốc đề nghị những việc quý vị có thể làm để sử dụng thuốc của mình hiệu quả nhất.
- Một danh sách thuốc cá nhân bao gồm mọi loại thuốc mà quý vị đang dùng và lý do quý vị dùng các thuốc đó.
- Thông tin về việc thải bỏ an toàn các loại thuốc theo toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ của mình về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị.

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

Các chương trình quản lý liệu pháp thuốc mang tính tự nguyện và miễn phí cho các thành viên đủ điều kiện. Nếu 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, vui lòng cho chúng tôi biết để loại quý vị khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị.

G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn

Chương trình của chúng tôi có một chương trình có thể giúp các thành viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các thuốc khác thường bị lạm dụng. Chương trình này được gọi là Chương trình quản lý thuốc (DMP).

Nếu quý vị dùng thuốc opioid nhận từ nhiều bác sĩ hoặc nhà thuốc hoặc nếu gần đây quý vị từng dùng opioid quá liều, chúng tôi có thể trao đổi với bác sĩ của quý vị để đảm bảo việc quý vị dùng thuốc opioid là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Hợp tác cùng bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định rằng việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị nhận được những loại thuốc đó. Các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả thuốc theo toa đó từ một số nhà thuốc nhất định và/hoặc từ một số bác sĩ nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc đó mà chúng tôi bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi cho rằng cần áp dụng một hoặc nhiều giới hạn đối với quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư báo trước cho quý vị. Lá thư sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn bảo hiểm cho các loại thuốc đó đối với quý vị không, hoặc liệu quý vị có bị yêu cầu phải nhận các thuốc theo toa đó từ một nhà cung cấp hoặc nhà thuốc cụ thể không.

Quý vị sẽ có cơ hội báo cho chúng tôi lựa chọn của quý vị về bác sĩ hoặc nhà thuốc muốn ưu tiên sử dụng và những thông tin quý vị cho là quan trọng. Nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm cho các thuốc này sau khi quý vị đã có cơ hội phúc đáp, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác để xác nhận các giới hạn.

Nếu cho rằng chúng tôi có sai sót, quý vị không cho rằng mình có nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa hoặc không đồng ý với giới hạn, quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Nếu quý vị nộp đơn kháng nghị, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị văn bản quyết định của chúng tôi. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong kháng nghị của quý vị liên quan đến giới hạn tiếp cận của quý vị với những thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường

hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập. Để biết thêm thông tin về kháng nghị và Tổ chức đánh giá độc lập (IRO), (Để biết thêm thông tin về kháng nghị và IRO, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.)

Chương trình DMP có thể không áp dụng với quý vị nếu quý vị:

- mắc các tình trạng y tế nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu lưỡi liềm,
- đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ, hoặc chăm sóc khi bệnh giai đoạn cuối, **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Số tiền quý vị chi trả cho thuốc theo toa của Medicare và Medi-Cal Medicaid

Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết những khoản quý vị thanh toán cho thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú. “Thuốc” chúng tôi muốn nói đến là:

- Các thuốc theo toa Medicare Phần D, **và**
- Thuốc và các loại vật phẩm được Medi-Cal Rx bao trả, **và**
- Thuốc và các loại vật phẩm được chương trình của chúng tôi bao trả như phúc lợi bổ sung.

Vì đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nên quý vị cũng được nhận “Hỗ trợ Bổ sung” (Extra Help) từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D của quý vị. Chúng tôi có gửi kèm cho quý vị một trang phụ riêng, gọi là “Điều khoản bổ sung về Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người được nhận Hỗ trợ Bổ sung để thanh toán thuốc theo toa” (còn được gọi là “Điều khoản bổ sung về Trợ cấp cho người thu nhập thấp” hoặc “Điều khoản bổ sung LIS”), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không nhận được trang phụ này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên và yêu cầu “Điều khoản bổ sung LIS”.

> **Hỗ trợ Bổ sung** (Extra Help) là một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm bớt chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng thanh toán. Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) còn được gọi là “Trợ cấp cho người thu nhập thấp” hay “LIS”.

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Để tìm hiểu thêm về thuốc theo toa, quý vị có thể xem ở các phần sau:

- *Danh sách thuốc được bao trả* của chúng tôi.
  - Chúng tôi gọi đây là “Danh sách thuốc”. Danh sách này cho biết:
    - Loại thuốc chúng tôi thanh toán
    - Có hạn chế nào với thuốc không
  - Nếu quý vị cần bản sao của Danh sách thuốc, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao mới nhất của Danh sách thuốc trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị nhận được từ một nhà thuốc đều được Molina Medicare Complete Care Plus bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ định danh người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx."

- Chương 5 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
  - Chương này hướng dẫn quý vị cách nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Trong đó có các quy tắc mà quý vị cần tuân theo. Cùng với đó là các loại thuốc theo toa mà chương trình của chúng tôi không bao trả.
  - Khi quý vị sử dụng "Real Time Benefit Tool" (Công cụ tìm phúc lợi thời gian thực) của chương trình để tìm bảo hiểm thuốc (tham khảo Chương 5, Phần B2), chi phí hiển thị được cung cấp "theo thời gian thực", tức là chi phí hiển thị trong công cụ phản ánh chi phí tự chi trả ước tính mà dự kiến quý vị phải thanh toán tại thời điểm đó. Quý vị có thể gọi cho Người quản lý hồ sơ của mình hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.
- *Danh mục 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 nhận thuốc được bao trả. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý hợp tác cùng chúng tôi.
  - *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục Lục

A. Giải thích về phúc lợi (EOB) 157

B. Cách quý vị theo dõi chi phí thuốc của mình 158

C. Quý vị không cần chi trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn 159

C1. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn 160

C2. Khoản tiền quý vị thanh toán 160

C3. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị 161

C4. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn 161

C5. Khoản tiền quý vị thanh toán 162

D. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê đơn ít hơn lượng dùng cho một tháng 163

E. Trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho những người bị HIV/ AIDS Medicare 163

E1. Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP) 163

E2. Nếu quý vị chưa đăng ký ADAP 164

E3. Nếu quý vị đăng ký ADAP 164

F. Tiêm vắc-xin..... 164

F1. Điều quý vị cần biết trước khi đi tiêm chủng 164

F2. Số tiền quý vị phải trả để tiêm vắc-xin được Medicare Phần D bao trả 165

A. Giải thích về phúc lợi (EOB)

Chương trình của chúng tôi sẽ theo dõi các loại thuốc theo toa của quý vị. Chúng tôi sẽ theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc người đại diện của quý vị thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc người đại diện của quý vị thanh toán cộng với số tiền mà chúng tôi thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị.

Khi quý vị nhận thuốc kê theo toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi gửi quý vị bản tóm tắt có tên gọi *Giải Trình về Các Phúc Lợi*. Chúng tôi gọi tắt bản này là EOB. EOB không phải hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc mà quý vị sử dụng chẳng hạn như việc tăng giá và các loại thuốc khác có khoản chia sẻ chi phí thấp có thể được cung cấp. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ kê toa của mình về các tùy chọn chi phí thấp hơn này. EOB bao gồm:

- **Thông tin cho tháng**. Bản tóm tắt này cho biết quý vị đã nhận những thuốc theo toa nào trong tháng trước. Bản này ghi lại tổng chi phí tiền thuốc, phần chúng tôi đã thanh toán và phần quý vị hoặc người khác thanh toán thay cho quý vị.
- **Thông tin từ đầu năm đến nay.** Đây là tổng chi phí thuốc và tổng tiền đã thanh toán của quý vị kể từ ngày 1 tháng 1.
- **Thông tin về giá thuốc**. Đây là tổng giá thuốc và bất kỳ thay đổi nào về phần trăm giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên.
- **Các lựa chọn thay thế có chi phí thấp hơn**. Khi có sẵn, thuốc thay thế được ghi ở bên dưới loại thuốc hiện tại của quý vị trong bản tóm tắt. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ kê toa của mình để biết thêm thông tin.

Chúng tôi bảo hiểm cho các loại thuốc không được Medicare đài thọ.

- Các chi phí trả cho các loại thuốc này không được tính vào tổng các chi phí tự trả của quý vị.
- Chúng tôi cũng chi trả cho một số loại thuốc không kê toa. Quý vị không cần trả tiền cho những loại thuốc này.
- Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được chương trình bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ định danh người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx, để tìm loại thuốc mà chương trình chúng tôi bao trả, tham khảo Danh sách thuốc của chúng tôi.

B. Cách quý vị theo dõi chi phí thuốc của mình

Để theo dõi chi phí thuốc và các khoản thanh toán của quý vị, chúng tôi sử dụng các hồ sơ chúng tôi nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Quý vị có thể giúp đỡ chúng tôi bằng cách:

1. **Sử dụng Thẻ ID thành viên của quý vị.**

   Xuất trình thẻ ID Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) của quý vị mỗi khi quý vị nhận thuốc theo toa. Điều này giúp chúng tôi biết được quý vị nhận thuốc theo toa nào và thanh toán những khoản nào.

2. **Bảo đảm rằng chúng tôi có những thông tin cần thiết.**

   Gửi cho chúng tôi các bản sao phiếu thu cho thuốc được bảo trả quý vị đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi cho quý vị.

   Đây là những lúc quý vị cần cung cấp bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi:

   - Khi quý vị nhận thuốc được bao trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc phạm vi phúc lợi của chương trình chúng tôi
   - Khi quý vị thanh toán một khoản đồng thanh toán mà quý vị nhận được theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
   - Khi quý vị nhận thuốc được bao trả tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
   - Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc được bao trả

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi cho quý vị, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

3. **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã trả thay cho quý vị.**

   Các khoản thanh toán do một số cá nhân và các tổ chức nhất định khác thực hiện cũng tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán do Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP), Indian Health Service, và hầu hết các tổ chức từ thiện thực hiện đều tính vào chi phí tự trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai đoạn bảo hiểm tai ương, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán tất cả chi phí thuốc Medicare Phần D trong thời gian còn lại của năm.

4. **Xem EOB chúng tôi gửi cho quý vị.**

Khi quý vị nhận được EOB qua thư, hãy đảm bảo rằng nội dung này đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên từng nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày tháng. Quý vị có nhận thuốc vào ngày đó không?
- **Quý vị có nhận thuốc được liệt kê không?** Thuốc có khớp với thuốc được liệt kê trên phiếu thu của quý vị không? Thuốc có khớp với toa thuốc của bác sĩ của quý vị không?

Để biết thêm thông tin, hãy gọi bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus hoặc đọc *Sổ tay thành viên* của Molina Medicare Complete Care Plus.

Nếu quý vị tìm thấy lỗi trên tóm tắt này?

Nếu có điều gì đó khó hiểu hoặc có vẻ không đúng trên EOB này, vui lòng gọi cho chúng tôi qua bộ phận Dịch vụ thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị cũng có thể tìm thấy giải đáp cho nhiều thắc mắc trên trang web của chúng tôi: MolinaHealthcare.com/Medicare.

Còn về gian lận có thể xảy ra thì sao?

Nếu tóm tắt này có các loại thuốc quý vị không sử dụng 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 bộ phận Dịch vụ thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus.
- Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486- 2048. Quý vị có thể gọi những số điện thoại này miễn phí, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Nếu quý vị nghi ngờ nhà cung cấp nhận Medi-Cal đã gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo caols điều này bằng cách gọi đến số điện thoại bảo mật, miễn phí là 1- 800-822-6222. Có thể xem các phương pháp báo cáo gian lận Medi-Cal khác tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị cho rằng EOB có gì đó sai hoặc thiếu, hoặc nếu có bất kỳ thắc mắc nào, gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Hãy giữ lại các EOB này. Các báo cáo này là hồ sơ quan trọng về các chi phí tiền thuốc của quý vị.

C. Quý vị không cần chi trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn

Với chương trình của chúng tôi, quý vị không cần chi trả cho các thuốc được bao trả, miễn là tuân thủ quy tắc của chương trình chúng tôi.

Tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng nghị nếu quý vị được thông báo là thuốc sẽ không được bao trả. Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc này, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị và *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* của chúng tôi.

C1. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể được nhận lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là "lượng thuốc kéo dài") khi quý vị nhận thuốc theo toa của mình. Lượng thuốc dài hạn là lượng thuốc đủ dùng cho tối đa (90) ngày.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc dùng lâu dài, tham khảo **Chương 5** trong Sổ tay thành viên của quý vị hoặc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

C2. Khoản tiền quý vị thanh toán

Liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu về khoản đồng thanh toán mà quý vị cần phải chi trả cho bất kỳ loại thuốc được bao trả nào.

Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được chương trình bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ định danh người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị được cung cấp lượng thuốc theo toa dùng trong một tháng được bao trả từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc đủ dùng cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình** Lượng thuốc đủ dùng cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày. Bảo hiểm bị giới hạn chỉ cho một vài trường hợp nhất định. Tham khảo Chương 5 trong Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm chi tiết.
Thuốc gốc (không phải thuốc biệt dược)	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc đủ dùng cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình** Lượng thuốc đủ dùng cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày. Bảo hiểm bị giới hạn chỉ cho một vài trường hợp nhất định. Tham khảo Chương 5 trong Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm chi tiết.
Thuốc biệt dược	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp cho quý vị nguồn tiếp liệu dài hạn, tham khảo *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* của chương trình chúng tôi.

C3. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

- Nhà thuốc trong mạng lưới **hoặc**
- Nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Trong một số rất ít trường hợp, chúng tôi bao trả thuốc theo toa nhận tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu xem chúng tôi làm điều đó trong trường hợp nào.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nói trên, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị và *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

C4. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể được nhận lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là “lượng thuốc kéo dài”) khi quý vị nhận thuốc theo toa của mình. Lượng thuốc dài hạn là lượng thuốc đủ dùng cho tối đa (90) ngày.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc dùng lâu dài, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị hoặc *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* của chúng tôi.

C5. Khoản tiền quý vị thanh toán

Quý vị có thể phải chi trả khoản đồng thanh toán mỗi lần quý vị nhận thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bao trả thấp hơn khoản đồng thanh toán, quý vị chi trả mức giá thấp hơn.

Liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu về khoản đồng thanh toán mà quý vị cần phải chi trả cho bất kỳ loại thuốc được bao trả nào.

Phần chia sẻ chi phí khi quý vị nhận lượng thuốc theo toa được bao trả dùng trong một tháng hoặc dài hạn từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc đủ dùng cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình** Lượng thuốc đủ dùng cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày. Bảo hiểm bị giới hạn chỉ cho một vài trường hợp nhất định. Tham khảo Chương 5 trong Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm chi tiết.
Thuốc gốc (không phải thuốc biệt dược)	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.
Thuốc biệt dược	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.	$0 với Trợ cấp cho người thu nhập thấp/Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) cho lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp cho quý vị nguồn tiếp liệu dài hạn, tham khảo *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* của chúng tôi.

D. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê đơn ít hơn lượng dùng cho một tháng

Trong một số trường hợp, quý vị chi trả khoản đồng thanh toán để bao gồm lượng thuốc được bao trả dùng trong cả tháng. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê lượng thuốc sử dụng dưới một tháng.

- Sẽ có trường hợp quý vị đề nghị bác sĩ kê đơn thuốc lượng dùng dưới một tháng (ví dụ như lần đầu tiên quý vị dùng thử thuốc và không biết có tác dụng phụ nghiêm trọng hay không).
- Nếu bác sĩ đồng ý, quý vị không phải thanh toán toàn bộ lượng thuốc dùng trong một tháng cho một số loại thuốc nhất định.

Khi quý vị nhận được lượng thuốc dùng ít hơn một tháng, số tiền quý vị trả được dựa trên số ngày thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi tính số tiền quý vị cần thanh toán mỗi ngày cho thuốc của quý vị (“tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày”) và nhân với số ngày thuốc mà quý vị nhận được.

- Sau đây là ví dụ: Giả sử như khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng (lượng thuốc cho 30 ngày) là $1.35. Điều này có nghĩa là số tiền thuốc quý vị phải trả thấp hơn $0.05 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong 7 ngày, khoản thanh toán của quý vị sẽ là thấp hơn $0.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày tương đương với tổng số tiền thanh toán thấp hơn $0.35.
- Chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo rằng một số loại thuốc nhất định phù hợp với quý vị trước khi thanh toán cho toàn bộ lượng thuốc dùng trong một tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp kê đơn thuốc lượng dùng dưới một tháng, để giúp quý vị:
  - Lên kế hoạch rõ ràng hơn khi nào nhận thêm thuốc,
  - Phối hợp nhận thêm thuốc với các loại thuốc khác quý vị sử dụng, **và**
  - Giảm số lần phải đi đến nhà thuốc.

E. Trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho những người bị HIV/AIDS *Medicare*

E1. Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP)

ADAP giúp những cá nhân bị HIV/AIDS đủ điều kiện được tiếp cận các thuốc HIV cứu mạng. Thuốc theo toa Medicare Phần D cho bệnh nhân ngoại trú được ADAP bao trả đủ điều kiện để nhận hỗ trợ kê đơn chia sẻ chi phí thông qua Department of Public Health tiểu bang California, Văn phòng AIDS cho các cá nhân đăng ký ADAP.

E2. Nếu quý vị chưa đăng ký ADAP

Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh chương trình, vui lòng gọi 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web ADAP tại www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

E3. Nếu quý vị đăng ký ADAP

ADAP có thể tiếp tục cung cấp cho khách hàng ADAP hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa Phần D của Medicare cho các loại thuốc thuộc danh mục thuốc của ADAP. Nhằm đảm bảo quý vị tiếp tục nhận được hỗ trợ này, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị về bất kỳ thay đổi nào đối với tên chương trình hoặc mã số hợp đồng Medicare Phần D của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp tìm vị trí đăng ký ADAP gần nhất và/hoặc nhân viên đăng ký, hãy gọi số 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web nêu trên.

F. Tiêm vắc-xin

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị chi trả cho vắc-xin: Một số vắc-xin được xem là phúc lợi y tế. Các loại vắc-xin khác được xem là thuốc thuộc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này được liệt kê trong *Danh sách thuốc được bao trả (Danh mục thuốc)* của chương trình. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc-xin Medicare Phần D miễn phí cho người lớn cho quý vị. Tham khảo *Danh sách thuốc được bao trả (Danh mục thuốc)* của chương trình quý vị hoặc liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên: để biết thông tin chi tiết về bảo hiểm và khoản chia sẻ chi phí của các vắc-xin cụ thể.

Đài thọ tiêm chủng thuộc Medicare Phần D của chúng tôi có hai phần:

1. Phần bao trả thứ nhất là chi phí mua **vắc-xin**. Vắc-xin là thuốc theo toa.
2. Phần bao trả thứ hai là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị có thể nhận liều tiêm vắc-xin từ bác sĩ của quý vị.

F1. Điều quý vị cần biết trước khi đi tiêm chủng

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi bộ phận Dịch vụ thành viên nếu quý vị có kế hoạch tiêm vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình của chúng tôi bao trả việc tiêm chủng vắc-xin của quý vị như thế nào và giải thích phần chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách giảm chi phí quý vị phải thanh toán 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 phối hợp với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới phối hợp với chúng tôi để đảm bảo quý vị không phải trả trước bất kỳ chi phí nào cho vắc-xin Medicare Phần D.

F2. Số tiền quý vị phải trả để tiêm vắc-xin được Medicare Phần D bao trả

Số tiền quý vị thanh toán cho vắc-xin tùy thuộc vào loại vắc-xin (loại vắc-xin quý vị tiêm).

- Một số loại vắc-xin được xem là phúc lợi sức khỏe thay vì thuốc. Các vắc-xin này đều được bao trả miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm cho các loại vắc-xin này, tham khảo Bảng phúc lợi ở **Chương 4** của *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Các loại vắc-xin khác được xem là thuốc thuộc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm các loại vắc-xin này trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi. Quý vị có thể phải trả một khoản đồng thanh toán cho vắc-xin Medicare Phần D. Nếu vắc-xin được một tổ chức có tên là **Advisory Committee or Immunization Practices (ACIP)** khuyên dùng cho người lớn thì vắc-xin được miễn phí cho quý vị.

Dưới đây là ba cách phổ biến mà quý vị có thể nhận vắc-xin Medicare Phần D.

1. Quý vị được nhận vắc-xin Medicare Phần D và được tiêm tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
   - Với hầu hết vắc-xin cho người lớn Phần D, quý vị sẽ không cần chi trả gì.
   - Với những vắc-xin Phần D còn lại, quý vị không phải thanh toán **hoặc** thanh toán khoản đồng thanh toán cho vắc-xin
2. Quý vị nên nhận vắc-xin Medicare Phần D tại phòng khám của bác sĩ của quý vị và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
   - Quý vị không cần thanh toán **hay** đồng đồng thanh toán cho bác sĩ để tiêm vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí này cho quý vị.
   - Trong trường hợp này, phòng khám của bác sĩ sẽ gọi cho chương trình của chúng tôi để đảm bảo rằng họ biết quý vị không phải thanh toán **hoặc** thanh toán khoản đồng thanh toán cho vắc-xin.
3. Quý vị nhận vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc và mang đến văn phòng bác sĩ để được tiêm.
   - Đối với hầu hết vắc-xin Phần D cho người lớn, quý vị sẽ không cần chi trả cho vắc-xin.
   - Với những vắc-xin Phần D còn lại, quý vị không phải thanh toán **hoặc** thanh toán khoản đồng thanh toán cho vắc-xin
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí này cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán khoản chia sẻ trong hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả

Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 167

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi 171

C. Quyết định bảo hiểm 171

D. Kháng nghị 172

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Quý vị không phải nhận hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc trong mạng lưới. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải lập hóa đơn cho chương trình đối với dịch vụ và thuốc được bao trả sau khi quý vị đã nhận. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp Molina Medicare Complete Care Plus lập hóa đơn các dịch vụ hoặc thuốc này cho quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp, và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi mọi phí dịch vụ.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn dành cho toàn bộ dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, đừng thanh toán hóa đơn đó mà hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên.

- Nếu chúng tôi bao trả các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi bao trả các dịch vụ hoặc thuốc và quý vị đã thanh toán hóa đơn, quý vị có quyền được hoàn lại tiền.
  - Nếu quý vị đã thanh toán các dịch vụ được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ Medi-Cal quý vị nhận được, quý vị có thể sẽ đủ tiêu chuẩn để được bồi hoàn (hoàn tiền) nếu quý vị đáp ứng được các điều kiện sau:
  - Dịch vụ quý vị nhận được là dịch vụ được Medi-Cal bao trả mà chúng tôi có trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không bồi hoàn cho quý vị đối với dịch vụ không được Molina Medicare Complete Care Plus bao trả
  - Quý vị đã nhận dịch vụ được bao trả sau khi quý vị trở thành một thành viên hội đủ điều kiện của Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Quý vị có thể yêu cầu hoàn tiền trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ được bao trả.
  - Quý vị cần cung cấp chứng từ chứng minh quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được bao trả, ví dụ như phiếu thu chi tiết từ nhà cung cấp.
  - Quý vị đã nhận dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp đã ghi danh với Medi-Cal trong mạng lưới của chương trình. Quý vị không cần phải đáp ứng điều kiện này nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, hoặc một dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể thực hiện mà không cần chấp thuận trước (cho phép trước).

- Nếu dịch vụ được bao trả thường yêu cầu phải có chấp thuận trước (cho phép trước), quý vị cần cung cấp bằng chứng chứng minh từ phía nhà cung cấp cho thấy dịch vụ được bao trả là cần thiết về mặt y tế.
- Molina Medicare Complete Care Plus sẽ cho quý vị biết họ sẽ bồi hoàn cho quý vị hay không qua một lá thư gọi là Thông báo hành động. Nếu quý vị đáp ứng được tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp đã ghi danh với Medi-Cal cần hoàn lại toàn bộ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Nếu nhà cung cấp từ chối hoàn tiền cho quý vị, Molina Medicare Complete Care Plus sẽ hoàn lại toàn bộ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị trong 45 ngày làm việc tính từ khi nhận được yêu cầu bồi hoàn. Nếu nhà cung cấp ghi danh với Medi-Cal, nhưng không nằm trong mạng lưới của chúng tôi và từ chối hoàn tiền cho quý vị, Molina Medicare Complete Care Plus sẽ hoàn tiền cho quý vị, nhưng chỉ tới tối đa số tiền mà FFS Medi-Cal sẽ thanh toán. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ hoàn lại toàn bộ số tiền quý vị tự chi trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, hoặc một dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể thực hiện mà không cần chấp thuận trước. Nếu quý vị không đáp ứng được một trong các điều kiện trên, chúng tôi sẽ không hoàn lại tiền cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không hoàn lại tiền cho quý vị nếu:
  - Quý vị yêu cầu và nhận được các dịch vụ không được Medi-Cal bao trả, ví dụ như dịch vụ thẩm mỹ.
  - Dịch vụ không phải là dịch vụ được Molina Medicare Complete Care Plus bao trả.
  - Quý vị thăm khám với một bác sĩ không chấp nhận Medi-Cal và quý vị đã ký vào một biểu mẫu nói rằng quý vị vẫn muốn thăm khám với bác sĩ đó và quý vị sẽ tự chi trả cho các dịch vụ đó.
- Nếu chúng tôi không bao trả các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị. Nếu quý vị không biết quý vị phải thanh toán bao nhiêu, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết làm gì với hóa đơn, chúng tôi có thể giúp. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết thông tin về một yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi đến chúng tôi.

Sau đây là các ví dụ về những thời điểm quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán cho hóa đơn của quý vị:

1. Khi quý vị cần sử dụng dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc sức khỏe khẩn cấp cần thiết từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Yêu cầu nhà cung cấp lập hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí khi nhận được dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn lại khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho quý vị. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.

- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán khoản phí mà quý vị cho rằng mình không nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.
  - Nếu cần thanh toán cho nhà cung cấp, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
  - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ Medicare, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn tính phí cho quý vị

- Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn lập hóa đơn cho chúng tôi. Quý vị phải xuất trình Thẻ ID thành viên của mình khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Nhưng đôi lúc họ sẽ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán các dịch vụ của quý vị. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị theo số ở cuối trang này nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.
- Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ của quý vị, nên quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào. Các nhà cung cấp không được lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.
- Với tư cách là thành viên trong chương trình, quý vị chỉ trả khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận được dịch vụ mà chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị cao hơn mức này. Điều này vẫn đúng cho dù chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn so với giá dịch vụ mà nhà cung cấp đưa ra đối với dịch vụ. Cho dù chúng tôi quyết định không thanh toán cho một số khoản, quý vị cũng không cần phải thanh toán các khoản đó.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị cho rằng cao hơn số tiền quý vị cần thanh toán, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý việc đó.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn của một nhà cung cấp trong mạng lưới cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, nhưng quý vị cảm thấy mình đã thanh toán quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Chúng tôi sẽ thanh toán lại cho quý vị các dịch vụ được bao trả của quý vị ***hoặc*** cho khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị phải thanh toán theo chương trình của chúng tôi.

3. Nếu quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi có hiệu lực trở về trước

Đôi khi việc quý vị ghi danh vào chương trình có thể có hiệu lực trở về trước. (Điều này nghĩa là ngày đầu tiên sau khi quý vị ghi danh đã qua. Có thể ngày đó đã là năm ngoái.)

- Nếu quý vị đã ghi danh có hiệu lực trở về trước và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.
- Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.

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

Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa.

- Chỉ trong một số ít trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả chi phí nhận thuốc theo toa ở nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy gửi bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu hoàn tiền.
- Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa *Medicare Phần D* vì quý vị không mang theo Thẻ ID thành viên

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

- Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ngay lập tức, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc quay trở lại nhà thuốc sau khi đã mang theo Thẻ ID thành viên của quý vị.
- Hãy gửi bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu hoàn lại khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi.

6. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa *Medicare Phần D* cho một loại thuốc không được bao trả

Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa vì thuốc không được bao trả.

- Thuốc có thể không nằm trong *Danh sách thuốc được bao trả* (Danh sách thuốc) của chúng tôi trên trang web hoặc thuốc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc cho rằng không áp dụng với mình. Nếu quyết định nhận thuốc này, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không thanh toán cho thuốc nhưng cho rằng thuốc này phải được bao trả, quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị).
    - Nếu quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác cho rằng quý vị cần có thuốc ngay, (trong vòng 24 giờ) quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị).
- Hãy gửi bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu hoàn tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để hoàn lại cho quý vị: khoản chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu đó và quyết định dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Điều này được gọi là đưa ra “quyết định bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ hoặc thuốc nên được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi đó.

Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Để biết cách kháng nghị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi

Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả cho các dịch vụ Medicare, hoặc gọi điện cho chúng tôi. Chứng từ thanh toán có thể là bản sao của chi phiếu quý vị đã viết hoặc phiếu thu từ nhà cung cấp. **Quý vị nên giữ bản sao hóa đơn và phiếu thu của mình.** Quý vị có thể yêu cầu Người quản lý hồ sơ của mình trợ giúp. Quý vị phải gửi thông tin của quý vị cho chúng tôi trong vòng (1) năm theo lịch kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc.

Gửi yêu cầu thanh toán cùng bất kỳ hóa đơn hoặc phiếu thu nào của quý vị theo địa chỉ này:

Đối với Các Dịch Vụ Y Tế:
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Đối với Các Dịch Vụ (Rx) Phần D:
Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

Quý vị phải gửi yêu cầu bồi hoàn đến chúng tôi trong 365 ngày kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ và/hoặc vật phẩm, **hoặc trong 36 tháng** kể từ ngày quý vị nhận thuốc.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi nhận được yêu cầu thanh toán từ quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm. Điều này có nghĩa là chúng tôi quyết định liệu chương trình của chúng tôi có bao trả cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc của quý vị không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền, nếu có, quý vị phải thanh toán.

- Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc và quý vị đã tuân theo mọi quy tắc khi nhận, chúng tôi sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi séc cho quý vị để thanh toán*:* khoản tiền quý vị đã thanh toán ***hoặc*** khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích các quy tắc về việc nhận các dịch vụ được bao trả của quý vị. **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích các quy tắc về việc nhận thuốc theo toa được bao trả thuộc Medicare Phần D của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư đi kèm lý do. Thư này cũng giải thích quyền nộp đơn kháng nghị của quý vị.
- Để biết thêm về quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo Chương 9.

D. Kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn trong việc từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của mình. Việc này được gọi là “thực hiện kháng nghị”. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu không đồng ý với số tiền chúng tôi trả.

Quy trình kháng nghị chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để biết thêm thông tin về kháng nghị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị:

- Nếu quý vị muốn kháng nghị về việc nhận tiền hoàn lại cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Phần F**.
- Để kháng nghị về việc nhận tiền hoàn lại cho thuốc, hãy tham khảo **Phần G**.

Chương 8: Các quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới Thiệu

Chương này giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình của chúng tôi. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình 174

B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả 174

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin y tế cá nhân (PHI) của quý vị 175

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị 176

C2. Quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị 176

D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị 184

E. Nhà cung cấp mạng lưới không thể lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị 186

F. Quý vị có quyền rời chương trình của chúng tôi 186

G. Quý vị có quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình 186

G1. Quyền được biết lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị 186

G2. Quyền được lên tiếng về những gì quý vị muốn diễn ra nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân 187

G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được làm theo 188

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi 189

H1. Những việc cần làm khi bị đối xử không công bằng hoặc để có thêm thông tin về quyền của quý vị 189

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên chương trình 190

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng cung cấp tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ khác với tiếng Anh và các định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc viết thư gửi đến Molina Medicare Complete Care Plus, theo sồ (855) 665-4627 TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tốt, theo giờ địa phương. Đối với Các Dịch Vụ Y Tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802.
- Để đưa ra yêu cầu thường xuyên về việc nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại và trong tương lai, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711
- Hãy gọi cho Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy gọi bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.

Quý vị có các quyền với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi.

- o Quý vị có quyền lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về loại nhà cung cấp có thể hoạt động với vai trò là PCP và cách chọn một PCP trong **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

  - Gọi cho Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc xem trong *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* để tìm hiểu thêm về nhà cung cấp trong mạng lưới và những bác sĩ nào tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền được thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu nghĩa là PCP của quý vị chấp thuận cho quý vị thăm khám với một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
  - Điều này bao gồm cả quyền nhận dịch vụ từ các bác sĩ chuyên khoa một cách kịp thời.
  - Nếu quý vị không thể nhận dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc khẩn cấp mà không cần chấp thuận trước (PA).
- Quý vị có quyền nhận thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải đợi lâu.
- Quý vị có quyền được biết khi nào có thể sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Khi lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền giữ các nhà cung cấp và sự cho phép dịch vụ hiện tại của mình tối đa đến 12 tháng nếu đáp ứng được các điều kiện nhất định. Để tìm hiểu thêm về việc giữ các nhà cung cấp và cho phép dịch vụ của quý vị, tham khảo **Chương 1** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Quý vị có quyền tự ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và Người quản lý hồ sơ.

Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị cho quý vị biết những việc có thể làm nếu cho rằng mình không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng cho biết việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm 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 y tế cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang và liên bang.

PHI của quý vị bao gồm những thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi. PHI còn bao gồm cả hồ sơ y tế lẫn các thông tin khác về y tế và sức khỏe của quý vị.

Quý vị có quyền liên quan đến thông tin của mình và kiểm soát cách chúng tôi sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư cho PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư”.

Thành viên có thể đồng ý nhận dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải có sự cho phép nhận dịch vụ nhạy cảm của bất kỳ thành viên nào khác hoặc gửi yêu cầu nhận dịch vụ nhạy cảm. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ gửi thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm trực tiếp đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại hoặc trong trường hợp không có chỉ định, sẽ được gửi dưới tên của thành viên theo địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ thành viên nào khác mà không có sự cho phép bằng văn bản của thành viên nhận dịch vụ chăm sóc. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ đáp ứng các yêu cầu liên lạc bí mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu thông tin có thể sản xuất dễ dàng ở hình thức và định dạng được yêu cầu, hoặc đến các địa điểm thay thế. Yêu cầu liên lạc bí mật của một thành viên liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi thành viên thu hồi yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới để liên lạc bí mật.

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không thể xem hay thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp được lưu ý dưới đây, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu cung cấp, chúng tôi cần phải xin sự cho phép bằng văn bản từ quý vị trước. Quý vị hoặc một người được ủy quyền hợp pháp đưa ra quyết định thay mặt quý vị có thể cho phép bằng văn bản.

Đôi khi chúng tôi không cần xin sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước. Các ngoại lệ được cho phép hoặc yêu cầu theo luật pháp:

- Chúng tôi phải công bố PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng chăm sóc của chương trình chúng tôi.
- Chúng tôi phải tiết lộ PHI theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị để phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc các mục đích sử dụng khác, họ phải thực hiện theo luật pháp liên bang.

C2. Quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của bản thân và nhận bản sao của hồ sơ đó.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên thay đổi hay không.

- Quý vị có quyền được biết PHI của mình có được chúng tôi chia sẻ với người khác hay không và cách thức chia sẻ.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối quan ngại về quyền riêng tư đối với PHI của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên.

Quyền riêng tư của quý vị

Thân gửi Thành viên Molina Medicare:

Quyền riêng tư của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Chúng tôi tôn trọng và bảo vệ quyền riêng tư của quý vị. Molina sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị nhằm cung cấp các phúc lợi về sức khỏe cho quý vị. Molina muốn quý vị biết cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị.

PHI nghĩa là *thông tin sức khỏe được bảo vệ*. PHI bao gồm tên, mã thành viên, chủng tộc, sắc tộc, nhu cầu về ngôn ngữ, hoặc các thông tin khác có thể nhận dạng quý vị. Molina muốn quý vị biết cách chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị.

Tại sao Molina sử dụng hoặc chia sẻ PHI của Thành viên chúng tôi ?

- Để cung cấp việc điều trị cho quý vị
- Để thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Để đánh giá chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được
- Để cho quý vị biết những lựa chọn về dịch vụ chăm sóc của mình
- Để vận hành chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi
- Để sử dụng và chia sẻ PHI cho các mục đích khác mà luật pháp yêu cầu hoặc cho phép.

Khi nào Molina cần sự cho phép bằng văn bản (chấp thuận) để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?

Molina cần văn bản chấp thuận của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI cho các mục đích không được liệt kê ở trên.

Quyền riêng tư của quý vị là gì?

- Được xem PHI của quý vị
- Được nhận bản sao PHI của quý vị
- Được sửa đổi PHI của quý vị
- Được yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị theo một số cách thức nhất định
- Được nhận danh sách những người hoặc nơi mà chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị

Molina bảo vệ PHI của quý vị bằng cách nào?

Molina sử dụng nhiều cách để bảo vệ PHI của quý vị trong các chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Bao gồm PHI ở dạng văn bản, lời nói, hoặc thông tin lưu trữ trong máy tính. Dưới đây là một số cách Molina sử dụng để bảo vệ PHI:

- Molina có các chính sách và quy tắc để bảo vệ PHI.
- Molina giới hạn người có thể xem PHI. Chỉ nhân viên của Molina có nhu cầu cần biết PHI mới có thể sử dụng.
- Nhân viên của Molina được đào tạo cách bảo vệ và bảo mật PHI.
- Nhân viên của Molina phải đồng ý bằng văn bản về việc tuân thủ quy tắc và chính sách bảo vệ và bảo mật PHI
- Molina bảo mật PHI trong máy tính của chúng tôi. PHI được giữ kín trong máy tính của chúng tôi bằng cách sử dụng tường lửa và mật khẩu.

Theo luật thì Molina phải làm gì?

- Giữ kín PHI của quý vị.
- Cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản chẳng hạn như thông tin này về nghĩa vụ và phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi đối với PHI của quý vị;
- Tuân thủ điều khoản trong Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi.

Điều quý vị có thể làm nếu cho rằng quyền riêng tư của mình không được bảo vệ

- Gọi điện hoặc gửi thư đến Molina để khiếu nại.
- Khiếu nại với Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh).

Chúng tôi sẽ không thù ghét quý vị. Hành động của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị dưới bất kỳ hình thức nào.

Nội dung phía trên chỉ là tóm tắt. Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi chứa nhiều thông tin hơn về cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ PHI của thành viên. Thông Báo về Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của chúng tôi trong phần sau đây của Sổ Tay Thành Viên này. Thông báo này có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.molinahealthcare.com. Quý vị cũng có thể nhận bản sao Thông Báo về Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của chúng tôi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

THÔNG BÁO THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CŨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN VỚI THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT KỸ THÔNG BÁO.

Molina Healthcare of California Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**chúng tôi**” hoặc “**của chúng tôi**”) sử dụng và chia sẻ thông tin y tế được bảo vệ của quý vị để cung cấp phúc lợi sức khỏe cho quý vị với tư cách là thành viên Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để tiến hành điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cũng sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị vì nhiều lý do khác như được luật pháp cho phép và yêu cầu. Chúng tôi có nghĩa vụ giữ kín thông tin sức khỏe của quý vị và tuân thủ những điều khoản trong Thông báo này. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 23 tháng 9 năm 2013.

PHI nghĩa là thông tin sức khỏe được bảo vệ. PHI là thông tin sức khỏe bao gồm tên, mã Thành viên hoặc các thông tin nhận dạng khác, và được Molina sử dụng hoặc chia sẻ.

Vì sao Molina sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?
Chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị các phúc lợi về chăm sóc sức khỏe. PHI của quý vị được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Để Điều Trị
Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI để cung cấp hoặc sắp xếp việc chăm sóc y tế cho quý vị. Việc điều trị còn bao gồm thư giới thiệu giữa các bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về tình trạng sức khỏe của quý vị với một bác sĩ chuyên khoa. Điều này giúp bác sĩ chuyên khoa đó trao đổi với bác sĩ của quý vị về việc điều trị của quý vị.

Để Thanh Toán
Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI để đưa ra quyết định về thanh toán. Điều này bao gồm các yêu cầu bồi hoàn, chấp thuận điều trị, và quyết định về sự cần thiết về mặt y tế. Tên, tình trạng y tế, việc điều trị, và vật tư được cung cấp của quý vị có thể được viết trên hóa đơn. Ví dụ: chúng tôi có thể báo cho một bác sĩ biết rằng quý vị hưởng phúc lợi của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ cho bác sĩ đó biết số tiền trong hóa đơn mà chúng tôi sẽ thanh toán.

Để Thực Hiện Các Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe
Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI về quý vị để vận hành chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin từ yêu cầu bồi hoàn của quý vị để báo cho quý vị biết về chương trình sức khỏe có khả năng giúp đỡ quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để giải quyết các mối quan ngại của Thành viên. PHI của quý vị cũng có thể được sử dụng để đảm bảo yêu cầu bồi hoàn được thanh toán đúng.

Các hoạt động chăm sóc sức khỏe liên quan đến nhiều nhu cầu kinh doanh hàng ngày. Việc này bao gồm nhưng không giới hạn ở những điều sau:

- Cải thiện chất lượng;
- Hành động trong các chương trình sức khỏe để giúp đỡ các Thành viên bị một số tình trạng nhất định (ví dụ như hen suyễn);
- Thực hiện hoặc sắp xếp đánh giá y khoa;
- Dịch vụ pháp lý, bao gồm các chương trình phát hiện gian lận và lạm dụng và chương trình truy tố;
- Những hành động giúp chúng tôi tuân thủ luật pháp;
- Giải quyết các nhu cầu của Thành viên, bao gồm giải quyết khiếu nại và than phiền.

Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị với những công ty khác (“**cộng sự kinh doanh**”) thực hiện các loại hình hoạt động khác nhau cho chương trình sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI của quý vị để nhắc nhở quý vị về các buổi hẹn. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị những thông tin về liệu pháp điều trị khác hoặc các phúc lợi và dịch vụ khác có liên quan đến sức khỏe.

Khi nào Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị mà không cần có sự ủy quyền (chấp thuận) bằng văn bản từ quý vị?
Ngoài việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe, luật pháp cho phép hoặc yêu cầu Molina sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị vì nhiều mục đích khác, bao gồm những mục đích như sau:

Theo yêu cầu của luật pháp
Chúng tôi sẽ sử dụng hoặc chia sẻ thông tin về quý vị theo yêu cầu của luật pháp. Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị khi Bộ trưởng Department of Health and Human Services (HHS) yêu cầu. Thông tin này có thể được dùng để phục vụ cho một vụ kiện, đánh giá pháp lý khác, hoặc khi được yêu cầu cho mục đích thực thi pháp luật.

Sức Khỏe Cộng Đồng
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ vì các hoạt động sức khỏe cộng đồng. Hoạt động này có thể bao gồm giúp các cơ quan sức khỏe cộng đồng ngăn ngừa hoặc kiểm soát dịch bệnh.

Giám Sát Kiểm Tra Chăm Sóc Sức Khỏe
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với các cơ quan chính phủ. Họ có thể cần PHI của quý vị để thực hiện kiểm tra.

Nghiên Cứu
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ nghiên cứu trong một số trường hợp nhất định, ví dụ như khi được hội đồng duyệt xét cấp cơ sở hoặc hội đồng về quyền riêng tư chấp thuận.

Tố Tụng Pháp Lý hoặc Hành Chính
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ các thủ tục tố tụng pháp lý, chẳng hạn như đáp lại lệnh của tòa án.

Thực Thi Pháp Luật
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với cảnh sát để phục vụ các mục đích thực thi pháp luật, chẳng hạn như giúp tìm nghi phạm, nhân chứng hoặc người bị mất tích.

Sức Khỏe và An Toàn
PHI của quý vị có thể được chia sẻ để ngăn ngừa mối đe dọa nghiêm trọng đến sự an toàn và sức khỏe cộng đồng.

Chức Năng Chính Phủ
PHI của quý vị có thể được chia sẻ với chính phủ để thực hiện các chức năng đặc biệt, chẳng hạn như các hoạt động an ninh quốc gia.

Nạn nhân của tình trạng ngược đãi, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình
PHI của quý vị có thể được chia sẻ với cơ quan pháp luật nếu chúng tôi tin rằng có người là nạn nhân của tình trạng ngược đãi hoặc bỏ bê.

Bồi Thường cho Người Lao Động
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để tuân thủ luật Bồi thường cho người lao động.

Tiết Lộ Khác
PHI của quý vị có thể được chia sẻ với người kinh doanh tang lễ hoặc điều tra viên các vụ chết bất thường để giúp họ hoàn thành công việc của họ.

Khi nào Molina cần sự cho phép bằng văn bản (chấp thuận) để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị? Molina cần văn bản chấp thuận từ quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho mục đích khác ngoài các mục đích được liệt kê trong Thông báo này. Molina cần sự cho phép của quý vị trước khi chúng tôi tiết lộ PHI của quý vị cho những trường hợp sau đây: (1) hầu hết các trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ ghi chú về liệu pháp tâm lý; (2) sử dụng và tiết lộ nhằm mục đích tiếp thị; và (3) sử dụng và tiết lộ liên quan đến việc bán PHI. Quý vị có thể hủy bỏ văn bản chấp thuận mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi. Việc quý vị hủy bỏ sẽ không áp dụng cho các hành động đã được chúng tôi thực hiện trước đó theo chấp thuận quý vị đã trao cho chúng tôi.

Quyền về thông tin y tế của quý vị là gì?
Quý vị có quyền:

- **Yêu cầu Hạn Chế việc Sử Dụng hoặc Tiết Lộ PHI (Chia sẻ PHI của Quý vị)**
  Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị để tiến hành điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị với gia đình, bạn bè của quý vị, hoặc những người khác quý vị đã chỉ đích danh có liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu.

- **Yêu cầu trao đổi PHI bí mật**

  Quý vị có thể yêu cầu Molina cung cấp PHI cho quý vị theo hình thức hoặc tại địa điểm nhất định để bảo mật PHI của quý vị. Chúng tôi thực hiện theo các yêu cầu hợp lý, nếu quý vị cho chúng tôi biết việc chia sẻ tất cả hoặc một phần PHI đó có thể khiến tính mạng của quý vị gặp nguy hiểm như thế nào. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu.

- **Xem lại và sao chép PHI của quý vị**

  Quý vị có quyền xem lại và nhận bản sao PHI của quý vị mà chúng tôi đang nắm giữ. Thông tin bao gồm hồ sơ được sử dụng cho bảo hiểm, các yêu cầu bồi hoàn và các quyết định khác với tư cách là Thành viên của Molina. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thanh toán một khoản phí hợp lý cho việc sao chép và gửi hồ sơ qua đường bưu điện. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu này. *Lưu ý quan trọng: Chúng tôi không có các bản sao hoàn chỉnh của hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem, nhận bản sao, hoặc thay đổi hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ với bác sĩ hoặc phòng khám của quý vị.*

- **Sửa Đổi PHI của Quý Vị**

  Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa đổi (thay đổi) PHI của quý vị. Việc sửa đổi chỉ áp dụng cho các hồ sơ của quý vị với tư cách là Thành viên do chúng tôi nắm giữ. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu. Quý vị có thể gửi thư không đồng ý với chúng tôi nếu chúng tôi từ chối yêu cầu.

- **Nhận Bản Giải Trình Về Việc Tiết Lộ PHI (Chia sẻ PHI của Quý Vị)**

  Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị danh sách một số bên mà chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị trong sáu năm trở về trước tính từ ngày quý vị gửi yêu cầu. Danh sách này sẽ không bao gồm PHI đã chia sẻ:

  - để phục vụ việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe;
  - cho những người về PHI của chính họ;
  - việc chia sẻ được thực hiện có sự cho phép của quý vị;
  - vô tình sử dụng hoặc tiết lộ nhưng việc sử dụng hoặc tiết lộ vốn được luật pháp hiện hành cho phép hoặc yêu cầu;
  - PHI được tiết lộ vì lợi ích an ninh quốc gia hoặc mục đích tình báo; hoặc
  - là một phần của chuỗi dữ liệu giới hạn theo luật pháp hiện hành; hoặc
  - PHI được tiết lộ vì lợi ích an ninh quốc gia hoặc mục đích tình báo.

Chúng tôi sẽ thu một mức phí hợp lý cho mỗi danh sách khi quý vị yêu cầu nhận danh sách này từ lần thứ hai trở đi trong khoảng thời gian 12 tháng. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu.

Quý vị có thể đưa ra bất kỳ yêu cầu nào nêu trên, hoặc có thể nhận một bản sao dạng giấy của Thông báo này. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên của Molina theo số (855) 665-4627, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

Quý vị có thể làm gì nếu quyền của mình không được bảo vệ?
Quý vị có thể khiếu nại với Molina và Department of Health and Human Services nếu tin rằng quyền riêng tư của mình bị xâm phạm. Chúng tôi sẽ không gây bất lợi cho quý vị vì đã gửi khiếu nại. Hoạt động chăm sóc và phúc lợi của quý vị sẽ không thay đổi theo bất kỳ cách nào.

Quý vị có thể khiếu nại chúng tôi qua những cách sau:

Qua điện thoại:
Bộ phận Dịch vụ thành viên của Molina (855) 665-4627
7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

Qua thư:
Molina Healthcare of California Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Quý vị có thể nộp khiếu nại cho Bộ trưởng của Department of Health and Human Services Hoa Kỳ tại:

Department of Health & Human Services Hoa Kỳ
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(202) 619-3818 (FAX)

Nhiệm vụ của Molina là gì?
Molina được yêu cầu phải:

- Bảo mật PHI của quý vị;
- Cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản chẳng hạn như thông tin này về nghĩa vụ và phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi đối với PHI của quý vị;
- Gửi thông báo cho quý vị nếu xảy ra trường hợp vi phạm đối với PHI không được bảo mật của quý vị;
- Không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin di truyền của quý vị cho mục đích thẩm định bảo hiểm;
- Tuân thủ điều khoản trong Thông báo này.

Thông Báo Này Có Thể Thay Đổi
Molina có quyền thay đổi mọi điều khoản và phương thức thông tin của Thông Báo này vào bất kỳ lúc nào. Nếu chúng tôi thay đổi, các điều khoản và phương thức mới sẽ áp dụng cho mọi PHI mà chúng tôi lưu giữ. Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi quan trọng nào, Molina sẽ đăng tải Thông Báo được chỉnh sửa trên trang web của chúng tôi và gửi một bản Thông Báo chỉnh sửa, hoặc thông tin về sự thay đổi quan trọng và cách nhận Thông Báo được chỉnh sửa, trong thư báo hàng năm tiếp theo của chúng tôi gửi đến các thành viên do Molina bao trả.

Thông Tin Liên hệ
Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ văn phòng sau:

Qua điện thoại:
Dịch vụ thành viên Molina
(855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.

Qua thư:
Molina Healthcare of California Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng gọi cho bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi và các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Nếu quý vị không nói 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 nhận dịch vụ thông dịch viên, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Đây là dịch vụ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng văn bản và/hoặc thông tin bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armeni, tiếng Cambu-chia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindu, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Mien, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraine và tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin in khổ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để yêu cầu thường xuyên nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc theo định dạng thay thế hiện tại và trong tương

lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ vấn đề nào sau đây, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - thông tin tài chính
  - thành viên chương trình đánh giá gì về chúng tôi
  - số lượng đơn kháng nghị do thành viên gửi
  - cách rời chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà thuốc trong mạng lưới, bao gồm:
  - cách chọn hoặc thay đổi các nhà cung cấp dịch vụ 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 nhà cung cấp trong mạng lưới của mình
- Các dịch vụ và thuốc được bao trả, bao gồm:
  - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị) được chương trình của chúng tôi bao trả
  - giới hạn đối với bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - các quy tắc quý vị phải tuân thủ để được nhận các dịch vụ và thuốc được bao trả
- Vì sao một dịch vụ không được bao trả và những việc quý vị có thể làm (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị), trong đó có việc yêu cầu chúng tôi:
  - giải thích bằng văn bản về lý do không bao trả một dịch vụ
  - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
  - thanh toán cho hóa đơn quý vị đã nhận

E. Nhà cung cấp mạng lưới không thể lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể khiến quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Họ không thể gửi hóa hơn hoặc tính phí cho quý vị nếu chúng tôi thanh toán ít hơn mức phí nhà cung cấp đã tính. Để biết việc cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố tình tính phí quý vị cho các dịch vụ được bao trả, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

F. Quý vị có quyền rời chương trình của chúng tôi

Không ai có thể buộc quý vị phải tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền tận dụng tối đa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua chương trình Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận được các phúc lợi cho thuốc theo toa Medicare Phần D từ một chương trình thuốc theo toa hoặc từ một chương trình MA khác.
- Tham khảo **Chương 10** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị:
  - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình MA mới hoặc chương trình phúc lợi thuốc theo toa.
  - Để biết thông tin về cách quý vị nhận phúc lợi của Medi-Cal nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi.

G. Quý vị có quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị có quyền cung cấp đầy đủ thông tin từ các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quyền được biết lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị

Các nhà cung cấp của quý vị phải giải thích về tình trạng sức khỏe và những lựa chọn điều trị của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Nắm rõ các lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các phương án điều trị.
- **Biết các rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về mọi rủi ro liên quan. Chúng tôi phải cho quý vị biết trước nếu bất kỳ dịch vụ hoặc điều trị nào thuộc về một nghiên cứu thử nghiệm. Quý vị có quyền từ chối các phương pháp điều trị thử nghiệm.

- **Tham khảo ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền khám với một bác sĩ khác trước khi quyết định về việc điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối mọi điều trị. Trong đó bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên làm vậy. Quý vị có quyền ngừng dùng thuốc theo toa. Nếu từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc theo toa, chúng tôi sẽ không loại quý vị khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị phải hoàn toàn chịu trách nhiệm với những điều xảy ra với quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do một nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền nhận giải thích từ chúng tôi nếu một nhà cung cấp từ chối dịch vụ chăm sóc mà quý vị nghĩ rằng quý vị cần được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một dịch vụ hoặc thuốc chúng tôi từ chối hoặc thường không bao trả.** Đây được gọi là một quyết định bảo hiểm. **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

G2. Quyền được lên tiếng về những gì quý vị muốn diễn ra nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân

Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số điện thoại miễn phí (855) 665-4627, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương, gọi đến TTY: 711 để nhận Dịch vụ chuyển tiếp California

Đôi khi nhiều người không thể tự đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Trước khi rơi vào tình trạng này, quý vị có thể:

- Điền biểu mẫu văn bản để **cấp quyền cho một người khác đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị**.
- **Đưa cho các bác sĩ của quý vị những hướng dẫn bằng văn bản** về cách xử lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định, bao gồm cách chăm sóc mà quý vị **không** muốn.

Tài liệu pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra chỉ thị được gọi là “chỉ thị trước”. Có các loại chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau. Ví dụ như ý nguyện trị liệu và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước, quý vị có thể lập bất cứ khi nào quý vị muốn. Sau đây là những điều cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy biểu mẫu từ bác sĩ của mình, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý, hoặc nhân viên xã hội. Các nhà thuốc và văn phòng của nhà cung cấp thường có các biểu mẫu này. Quý vị có thể tìm thấy biểu mẫu miễn phí trên mạng và tải xuống. Quý vị cũng có thể liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên để yêu cầu biểu mẫu.

- **Điền biểu mẫu và ký tên.** Biểu mẫu là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư hoặc một người khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, giúp quý vị hoàn thành biểu mẫu này.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết.** Quý vị nên cung cấp một bản sao của biểu mẫu cho bác sĩ của quý vị. Quý vị cũng nên cung cấp một bản sao cho người mà quý vị chỉ định là người ra quyết định cho mình. Quý vị cũng nên cung cấp các bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên trong gia đình. Quý vị cũng nên giữ một bản sao ở nhà.
- Nếu quý vị sắp nhập viện và đã ký chỉ thị trước, hãy **mang một bản sao của chỉ thị trước tới bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi liệu quý vị đã ký biểu mẫu chỉ thị trước chưa và quý vị có mang biểu mẫu chỉ thị trước theo không.
    - Nếu quý vị không có biểu mẫu chỉ thị trước đã ký, bệnh viện có sẵn biểu mẫu và sẽ hỏi quý vị có muốn ký biểu mẫu không.

Quý vị có quyền:

- Yêu cầu chỉ thị trước được lưu trong hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy chỉ thị trước bất kỳ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi về luật đối với chỉ thị trước. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với luật tiểu bang không quá 90 ngày sau khi thay đổi.

Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông.

G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được làm theo

Nếu quý vị đã ký mẫu chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân thủ chỉ dẫn trong đó quý vị có nộp khiếu nại cho Chương trình Thanh tra theo số 1-855-501-3077.. Cuộc gọi này miễn phí. TTY: 1-855-847-7914. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.

Gửi thư: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Trang web: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi

Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị cho biết những việc quý vị có thể làm nếu có bất kỳ thắc mắc hay quan ngại nào về dịch vụ hoặc quá trình chăm sóc được bao trả của mình. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm, kháng nghị để thay đổi quyết định bảo hiểm, hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền có được thông tin về kháng nghị và khiếu nại chúng tôi mà các thành viên chương trình khác đã nộp. Hãy gọi cho Dịch vụ thành viên để biết thông tin này.

H1. Những việc cần làm khi bị đối xử không công bằng hoặc để có thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đối xử không công bằng với quý vị và điều này **không** liên quan đến phân biệt đối xử vì những lý do được nêu trong **Chương 11** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể gọi:

- Dịch Vụ Thành Viên.
- Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số(714) 560-0424. Để biết thêm chi tiết về HICAP, tham khảo Chương 2
  - Hạt Los Angeles: (213) 383-4519
  - Hạt San Diego: (858) 565-8772
  - Hạt Imperial: (760) 353- 0223
  - Hạt Riverside và San Bernardino: (909) 256-8369
- Chương trình thanh tra theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm chi tiết về chương trình này, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Medicare Rights & Protections” (Quyền và sự bảo vệ của Medicare) trên trang web của Medicare tại www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534- Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên chương trình

Với tư cách là thành viên trong chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những việc được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên.

- **Đọc *Sổ tay thành viên*** để tìm hiểu những dịch vụ và thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả và các quy tắc cần tuân thủ để nhận dịch vụ và thuốc được bao trả. Để biết thông tin chi tiết về:
    - Các dịch vụ được bao trả, tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. Những chương này cho quý vị biết những gì được bao trả, những gì không được bao trả, những luật lệ nào quý vị cần tuân thủ và khoản tiền quý vị phải trả.
    - Thuốc được bao trả, tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- **Cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm sức khỏe hay bảo hiểm thuốc theo toa nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị đang sử dụng tất cả các lựa chọn bảo hiểm khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên nếu quý vị có khoản bảo hiểm khác.
- **Cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết** rằng quý vị đang tham gia chương trình của chúng tôi. Xuất trình Thẻ ID thành viên khi quý vị nhận các dịch vụ hoặc thuốc.
- **Giúp bác sĩ** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho quý vị.
    - Cung cấp cho họ thông tin cần thiết 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 thủ các chương trình và hướng dẫn điều trị mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị đã thống nhất.
    - Đảm bảo rằng bác sĩ và các nhà cung cấp khác biết về tất cả các thuốc quý vị sử dụng. Trong đó bao gồm thuốc theo toa, thuốc không kê toa, vitamin và chế phẩm bổ sung.
    - Đặt bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị thắc mắc. Bác sĩ và các nhà cung cấp khác phải giải thích mọi thứ theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt một câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Làm việc với Người quản lý hồ sơ của quý vị** bao gồm hoàn thành đánh giá nguy cơ sức khỏe hàng năm**.**
- **Hãy chu đáo.** Chúng tôi kỳ vọng tất cả thành viên của chương trình sẽ tôn trọng quyền của các cá nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị cư xử một cách tôn trọng trong văn phòng của bác sĩ, bệnh viện và với các văn phòng của nhà cung cấp khác.
- **Cho chúng tôi biết về bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được ngoài chương trình của chúng tôi.**

- **Thanh toán những khoản quý vị phải trả.** Với tư cách là thành viên trong chương trình, quý vị có trách nhiệm thanh toán những khoản sau đây:
  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các thành viên trong chương trình, Medi-Cal sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị.
  - **Nếu quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào mà chương trình của chúng tôi không bao trả, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (**Lưu ý:** Nếu không đồng ý với quyết định không bao trả một dịch vụ hoặc loại thuốc của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị. Vui lòng tham khảo Chương 9 để tìm hiểu cách kháng nghị.)
- **Báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển nhà.** Nếu quý vị định chuyển nhà, hãy cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên.
  - **Nếu chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng mới có thể là thành viên của chương trình này. **Chương 1** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ cho biết về khu vực dịch vụ của chúng tôi.
  - Chúng tôi có thể giúp quý vị biết liệu quý vị có chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Trong giai đoạn ghi danh đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang chương trình Original Medicare hoặc ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc theo toa Medicare tại địa điểm mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị.
  - Hãy thông báo cho Medicare và Medi-Cal địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
  - **Nếu quý vị chuyển đến địa điểm mới vẫn trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần biết thông tin này.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc cách tốt hơn để liên hệ với quý vị.
- **Gọi cho Người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên để được hỗ trợ nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối lo ngại.**

Chương 9. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Giới Thiệu

Chương này bao gồm thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để tìm hiểu việc cần làm nếu:

- Quý vị gặp vấn đề hoặc cần khiếu nại về chương trình của quý vị.
- Quý vị cần dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc mà chương trình của quý vị cho biết họ sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình đã đưa ra về dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được bao trả của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc cần khiếu nại về dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị, trong đó bao gồm Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) và các dịch vụ tại Cơ sở điều dưỡng (NF).

Chương này được chia thành các phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy những mục quý vị đang tìm kiếm. **Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của mình.**

Quý vị nên sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc cũng như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho dịch vụ chăm sóc thuộc kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị gặp vấn đề về dịch vụ chăm sóc, quý vị có thể gọi Chương trình thanh tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077 để được trợ giúp.** Chương này giải thích các lựa chọn khác nhau cho quý vị đối với các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi Chương trình thanh tra để được hướng dẫn giải quyết vấn đề. Để biết các nguồn lực bổ sung nhằm giải quyết mối lo ngại của quý vị cũng như những cách để liên hệ với họ, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại 195

A1. Về các thuật ngữ pháp lý 195

B. Nơi nhận trợ giúp 195

B1. Để biết thêm thông tin và được trợ giúp 195

C. Hiểu rõ các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 197

D. Rắc rối với phúc lợi của quý vị 197

E. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị 198
E1. Quyết định bảo hiểm: 198
E2. Kháng cáo 198
E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng nghị 199
E4. Phần nào của chương này sẽ giúp quý vị 200
F. Chăm sóc y tế 200
F1. Sử dụng phần này 201
F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm 201
F3. Thực hiện kháng nghị cấp 1 203
F4. Thực hiện kháng nghị cấp 2 207
F5. Các vấn đề về thanh toán 213
G. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D 214
G1. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị Phần D 215
G2. Trường hợp ngoại lệ Phần D 216
G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ 217
G4. Yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ 218
G5. Thực hiện kháng nghị cấp 1 220
G6. Thực hiện kháng nghị cấp 2 222
H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện dài hơn 224
H1. Tìm hiểu về các quyền của quý vị theo Medicare 225
H2. Thực hiện kháng nghị cấp 1 226
H3. Thực hiện kháng nghị cấp 2 228
H4. Thực hiện kháng nghị thay thế cấp 1 228
H5. Thực hiện Kháng nghị thay thế cấp 2 229
I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định 230
I1. Thông báo trước khi kết thúc bảo hiểm của quý vị 231

I2. Thực hiện kháng nghị cấp 1 231

I3. Thực hiện kháng nghị cấp 2 233

I4. Thực hiện Kháng nghị thay thế cấp 1 234

I5. Thực hiện Kháng nghị thay thế cấp 2 235

J. Chuyển kháng nghị của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2 235

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục của Medicare 235

J2. Kháng nghị Medi-Cal bổ sung 237

J3. Các cấp kháng nghị 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Phần D 237

K. Cách khiếu nại 238

K1. Nên khiếu nại về những loại vấn đề nào 238

K2. Khiếu nại nội bộ 240

K3. Khiếu nại bên ngoài 241

A. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và mối quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình để **đưa ra quyết định về mức bảo hiểm và kháng nghị** và quy trình khác để **khiếu nại;** còn được gọi là than phiền.

Để đảm bảo tính kịp thời và công bằng, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Có thuật ngữ pháp lý trong chương này đối với một số quy tắc và thời hạn. Nhiều thuật ngữ có thể khó hiểu, vì vậy chúng tôi đã sử dụng những từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định khi có thể. Chúng tôi hạn chế tối đa việc sử dụng từ viết tắt.

Ví dụ, chúng tôi nói:

- “Thực hiện khiếu nại” thay vì “nộp đơn than phiền”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định cấp tổ chức”, “quyết định phúc lợi”, “quyết định trước tình huống rủi ro” hoặc “xác định mức bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “quyết định cấp tốc”
- “Tổ chức đánh giá độc lập” (IRP) thay vì “Đơn vị đánh giá độc lập” (IRE). Biết chính xác các thuật ngữ pháp lý có thể giúp quý vị truyền đạt thông tin rõ ràng hơn, vì thế chúng tôi cũng cung cấp các thuật ngữ đó.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và được trợ giúp

Đôi khi, việc bắt đầu hoặc làm theo quy trình xử lý vấn đề có thể rất rắc rối. Điều này đặc biệt đúng nếu quý vị không cảm thấy khoẻ hoặc cảm thấy yếu. Trong các trường hợp khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Quý vị có thể gọi cho Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu điều cần làm về vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các hạt và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại 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 trao đổi với người bảo vệ quyền lợi các câu hỏi về bảo hiểm y tế của quý vị. Họ sẽ cung cấp trợ giúp pháp lý miễn phí. Chương trình Thanh tra không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Số điện thoại của họ là 1-888-804-3536 và website của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Sau đây là hai cách để nhận giúp đỡ từ Medicare:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp và thông tin từ Medi-Cal

Gọi: (916) 449-5000 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 4 giờ 30 phút chiều, theo giờ địa phương
TTY: 711

Trợ giúp từ Cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiểu bang California

Phòng thanh tra của Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal thuộc Cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiểu bang California (DHCS) cũng có thể trợ giúp quý vị. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi chương trình chăm sóc sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển đi và gặp khó khăn khi chuyển Medi-Cal sang hạt mới của quý vị. Quý vị có thể gọi cho Phòng thanh tra từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, trong khoảng thời gian từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California

Liên hệ với Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tiểu bang California để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp cho những người thực hiện kháng nghị về dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề về lập hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Những người bị điếc, lãng tai, hoặc có vấn đề về nói có thể sử dụng số TDD miễn phí này, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.HealthHelp.ca.gov.

Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California chịu trách nhiệm điều phối các chương trình dịch vụ y tế. Nếu có than phiền về chương trình bảo hiểm y tế, trước tiên quý vị nên gọi điện đến chương trình bảo hiểm y tế của mình theo số *(855) 665-4627, TTY: 711* và sử dụng quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục than phiền này không ngăn cấm bất cứ quyền hợp pháp hoặc điều trị nào mà quý vị có thể sử

dụng. Nếu cần giúp đỡ gửi đơn than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc than phiền vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho sở để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm y tế thực hiện liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị đề xuất, quyết định bảo hiểm cho điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Cơ quan cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và một đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người suy giảm chức năng nghe và nói. Trang web của sở là www.dmhc.ca.gov có mẫu khiếu nại, mẫu đề nghị IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Hiểu rõ các khiếu nại và kháng cáo của 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** phúc lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị. Đôi khi được gọi là “quy trình tích hợp” vì kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Trong một số trường hợp, các quy trình Medicare và Medi-Cal không thể kết hợp được với nhau. Trong những trường hợp đó, quý vị sẽ sử dụng một quy trình riêng cho phúc lợi Medicare và một quy trình khác cho phúc lợi Medi-Cal. **Phần F4** sẽ giải thích cụ thể những trường hợp này.

D. Rắc rối với phúc lợi của quý vị

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của mình. Bảng sau đây ở bên dưới sẽ giúp quý vị tìm đúng phần trong chương này cho các vấn đề hoặc khiếu nại.

Vấn đề hay lo ngại của quý vị có phải là về phúc lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không? Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa cụ thể có được bao trả hay không, phương thức bao trả và các vấn đề liên quan đến khoản thanh toán cho chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa.	
Có Vấn đề của tôi về phúc lợi hoặc bảo hiểm. Tham khảo **Phần E,** “Quyết định bảo hiểm và kháng nghị”.	**Không.** Vấn đề của tôi không liên quan đến phúc lợi hoặc khoản bao trả. Tham khảo **Phần K,** “Cách nộp khiếu nại”.

E. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng nghị xử lý các vấn đề liên quan đến phúc lợi và bảo hiểm của quý vị. Cũng bao gồm cả các vấn đề với khoản thanh toán.

E1. Quyết định bảo hiểm:

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi thanh toán cho dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Ví dụ: bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị đưa ra quyết định bảo hiểm có lợi cho quý vị bất cứ khi nào quý vị được chăm sóc y tế từ họ (tham khảo Chương 4, Phần H trong *Sổ tay thành viên* của quý vị).

Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không chắc chắn liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hoặc liệu chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ y tế mà quý vị nghĩ rằng mình cần hay không. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả dịch vụ y tế trước khi quý vị nhận được dịch vụ này không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị.**

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những gì quý vị được bao trả và khoản tiền chúng tôi thanh toán. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc thuốc sẽ không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả hoặc không còn bao trả cho quý vị nữa. Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể kháng nghị.

E2. Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "kháng cáo" quyết định đó. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị kháng nghị một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là kháng nghị cấp 1. Trong lần kháng nghị này, chúng tôi xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả quy tắc hay không. Các bên xem xét giải quyết kháng nghị của quý vị không phải là những người đưa ra quyết định không mong muốn ban đầu.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng nghị của mình từ Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc có mối đe dọa nghiêm trọng và trực tiếp đến sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị đang bị đau nặng và cần một quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập từ Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo trang 190 để biết thêm thông tin.

Khi chúng tôi hoàn tất việc xem xét, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định được giải thích ở phần sau của chương này, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh hoặc "quyết định nhanh về bảo hiểm" hoặc kháng nghị cấp tốc cho một quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm y tế Medicare hoặc thuốc Phần B, thư đó sẽ thông báo cho quý vị rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập (IRO) cho kháng nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng Medicare Phần D hoặc Medicaid, thư đó sẽ cho quý vị biết cách tự nộp kháng nghị Cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về kháng nghị cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật phẩm được cả Medicare và Medicaid bao trả, thư này sẽ cung cấp thông tin cho quý vị về cả hai loại kháng nghị Cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định kháng nghị cấp 2, quý vị có thể thực hiện các cấp kháng nghị khác.

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ bộ phận nào sau đây:

- **Bộ phận Dịch vụ thành viên** theo số ở cuối trang.
- **Chương trình thanh tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.**
- **Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.
- **Trung tâm trợ giúp tại Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)** để được hỗ trợ miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp cho những người thực hiện kháng nghị về dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề về lập hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Những người bị điếc, lãng tai, hoặc có vấn đề về nói có thể sử dụng số TDD miễn phí này, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.HealthHelp.ca.gov.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác**. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị thay cho quý vị.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay cho quý vị làm "đại diện" của quý vị và yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
- **Luật sư**. Quý vị có quyền yêu cầu luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
    - Gọi luật sư riêng của quý vị, hoặc lấy tên một luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số tổ chức pháp lý sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện.
    - Yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Chương trình Thanh tra Medicare Medi-Cal theo số 1-888-804-3536.

Điền vào biểu mẫu Chỉ định người đại diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm đại diện của quý vị. Biểu mẫu này cho phép một người hành động thay cho quý vị.

Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu cung cấp biểu mẫu "Chỉ định người đại diện". Quý vị cũng có thể lấy biểu mẫu này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *hoặc trên trang web của chúng tôi tại* MolinaHealthcare.com/Medicare. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bản sao của biểu mẫu đã ký.**

E4. Phần nào của chương này sẽ giúp quý vị

Có bốn loại tình huống có liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho từng loại trong một phần riêng biệt của chương này. Tham khảo phần áp dụng:

- **Phần F**, "Chăm sóc y tế"
- **Phần G**, "Thuốc theo toa Medicare Phần D"
- **Phần H**, "Yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện dài hơn"
- **Phần I**, "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả 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 ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn và Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF)).

Nếu quý không chắc nên sử dụng phần nào, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo các số ở cuối trang.

F. Chăm sóc y tế

Phần này giải thích những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề về bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị đối với dịch vụ chăm sóc.

Phần này đề cập đến phúc lợi của quý vị đối với dịch vụ và chăm sóc y tế được mô tả tại **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. Chúng tôi thường đề cập đến "bảo hiểm chăm sóc y tế" hoặc "chăm sóc y tế" ở phần còn lại của phần này. Thuật ngữ "chăm sóc y tế" bao gồm các dịch vụ và các vật phẩm y tế cũng như thuốc theo toa Medicare Phần B là thuốc do bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị quản lý. Các quy tắc khác nhau có thể áp dụng cho thuốc theo toa Medicare Phần B. Trong trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy định về thuốc theo toa Phần B khác với quy định về dịch vụ y tế và các vật phẩm như thế nào.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích việc quý vị có thể làm trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ rằng chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cần nhưng không được nhận.
   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 không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị nghĩ chúng tôi nên làm vậy.
   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Phần F3**.
3. Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi bao trả, nhưng chúng tôi không thanh toán.
   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Phần F5**.
4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi bao trả và quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền cho quý vị.
   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại chi phí cho quý vị. Tham khảo **Phần F5**.
5. Chúng tôi đã giảm hoặc ngừng bảo hiểm cho 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.

Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc y tế của chúng tôi. Tham khảo **Phần F4**.

- Nếu khoản bao trả là 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, thì các quy tắc đặc biệt sẽ 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 bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, hãy sử dụng Phần này (**Phần F**) làm hướng dẫn của quý vị.

6. Dịch vụ chăm sóc của quý vị đang bị trì hoãn hoặc quý vị không tìm được bác sĩ.
   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. 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 đinh này được gọi là **“quyết định cấp tổ chức hợp nhất”.**

Quý vị, bác sĩ hoặc đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bằng cách:

- gọi: (855) 665-4627 TTY: 711.
- gửi fax: (844) 834-2155.
- gửi thư: Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn

Khi đưa ra quyết định, 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 nghĩa là chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời về**:**

- Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc vật phẩm trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Đối với các chương trình Knox-Keene, trong vòng 5 ngày làm viêc, và không trễ hơn 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Quyết định bảo hiểm nhanh

Thuật ngữ pháp lý cho "quyết định bảo hiểm nhanh" là "**quyết định cấp tốc**."

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và tình trạng sức khỏe của quý vị cần được phản hồi nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Quyết định bảo hiểm nhanh nghĩa là chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời về:

- Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc vật phẩm trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng y tế của quý vị cần được phản hồi nhanh hơn.

Nếu tin rằng chúng tôi **không** nên cần thêm ngày để đưa ra quyết định bảo hiểm, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định cần thêm ngày của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về cách thực hiện khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K**. Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

Để có được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị **không nhận được**. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được.)

- Việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn **có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị** hoặc làm tổn hại đến khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi tự động cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ của quý vị cho biết tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu. Nếu quý vị yêu cầu quyết định mà không có hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định liệu quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

  - Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu cho quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để thông báo như vậy và thay vào đó, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này sẽ cho quý vị biết:

- Chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định này
- Cách quý vị có thể nộp “khiếu nại nhanh” về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn cho quý vị thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về cách thực hiện khiếu nại, bao gồm khiếu nại 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 thư giải thích lý do cho quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối**, quý vị có quyền kháng nghị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đưa ra quyết định sai lầm, kháng nghị là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định của mình và thay đổi quyết định đó.
- Nếu quý vị quyết định kháng nghị, quý vị sẽ đến Cấp 1 của quy trình kháng nghị (**xem Phần F3**).

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể hủy bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm, điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các trường hợp yêu cầu bị hủy bỏ bao gồm:

- yêu cầu không đầy đủ,
- một người khác thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc
- quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình.

Nếu chúng tôi hủy bỏ yêu cầu về quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu đó bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc hủy bỏ. Việc xem xét này được gọi là kháng nghị. Kháng nghị được thảo luận trong phần tiếp theo.

F3. Thực hiện kháng nghị cấp 1

Để bắt đầu kháng nghị, quý vị, bác sĩ hay người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi. Hãy gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY:711 .

Yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn hoặc kháng nghị nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711.

- Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác yêu cầu tiếp tục sử dụng dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã nhận được trong quá trình kháng nghị, quý vị có thể cần nêu tên họ là đại diện của quý vị để họ thay mặt cho quý vị.
- Nếu một người nào đó không phải bác sĩ của quý vị kháng nghị cho quý vị, hãy đính kèm một biểu mẫu Chỉ định người đại diện để cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy biểu mẫu này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *hoặc trên trang web của chúng tôi tại* MolinaHealthcare.com/Medicare .
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng nghị mà không có biểu mẫu, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc đánh giá cho đến khi nhận được biểu mẫu đó. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trong vòng 44 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị:
  - Chúng tôi sẽ hủy bỏ yêu cầu của quý vị và
  - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích rằng quý vị có quyền yêu cầu xem xét quyết định hủy bỏ đơn kháng nghị của quý vị mà chúng tôi đã đưa ra.

Quý vị phải kháng nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, chúng tôi có thể cho quý vị nhiều thời gian hơn để kháng nghị. Ví dụ lý do chính đáng có thể là quý vị mắc bệnh nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Hãy giải thích nguyên nhân trễ kháng nghị khi quý vị nộp đơn kháng nghị.

  - Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi bản sao thông tin miễn phí về kháng nghị của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu "kháng nghị nhanh"

Thuật ngữ pháp lý cho "kháng nghị nhanh" là **"xem xét lại khẩn"**.

- Nếu quý vị kháng nghị một quyết định mà chúng tôi đưa ra về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị không nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Quy trình kháng nghị nhanh cũng tương tự như để đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh. Để yêu cầu kháng nghị nhanh, hãy làm theo các hướng dẫn để yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh trong **Mục F2**.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị kháng nghị nhanh.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi đang ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong quá trình quý vị kháng nghị.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị đã nhận được, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp kháng nghị Cấp 1.
- Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả dịch vụ hoặc vật phẩm này nếu quý vị yêu cầu kháng nghị Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày trên thư của chúng tôi hoặc theo ngày hiệu lực dự kiến của hành động, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.
  - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật phẩm mà không có thay đổi nào trong khi chờ xử lý kháng nghị Cấp 1.
  - Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật phẩm khác (không nằm trong kháng nghị của quý vị) mà không có thay đổi nào.
  - Nếu quý vị không kháng nghị trước những ngày này, quý vị sẽ không tiếp tục nhận được dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong khi quý vị chờ quyết định về kháng nghị của mình.

Chúng tôi sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân theo tất cả các quy tắc hay không khi chúng tôi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để có thêm thông tin.

Có thời hạn cho kháng nghị nhanh.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
  - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị. Một IRO sẽ xem xét yêu cầu này. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ giới thiệu với quý vị về tổ chức này và giải thích về quy trình kháng nghị Cấp 2. *Nếu vấn đề của quý vị là về việc bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid, quý vị có thể tự nộp đơn Cấp độ 2 – Phiên điều trần cấp tiểu bang với tiểu bang khi hết thời gian. Ở Califonia, cơ quan quản lý Phiên điều trần cấp tiểu bang được gọi là Ban điều trần cấp tiểu bang. Để nộp đơn yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang, tham khảo, nếu phù hợp.*

- **Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho những mục chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi Từ chối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập cho kháng nghị Cấp 2.

Có thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị về khoản bảo hiểm cho dịch vụ mà quý vị không nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị là cho các thuốc theo toa Medicare Phần B mà quý vị không nhận được, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu.
    - Nếu không trả lời quý vị đúng hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị. Một IRO sẽ xem xét yêu cầu này. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ giới thiệu với quý vị về tổ chức này và giải thích về quy trình kháng nghị Cấp 2. *Nếu vấn đề của quý vị là về việc bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid, quý vị có thể tự nộp đơn Cấp độ 2 – Phiên điều trần cấp tiểu bang với tiểu bang khi hết thời gian. Ở Califonia, cơ quan quản lý Phiên điều trần cấp tiểu bang được gọi là Ban điều trần cấp tiểu bang. Để nộp đơn yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang, tham khảo, nếu phù hợp*

Nếu chúng tôi Đồng ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp khoản 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 kháng nghị của quý vị, hoặc nhanh nhất có thể khi tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định của mình, hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị cho thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **quý vị có quyền kháng nghị bổ sung:**

- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare, thư đó sẽ thông báo cho quý vị rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập cho kháng nghị Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medi-Cal, thư đó sẽ cho quý vị biết cách tự nộp kháng nghị Cấp 2.

F4. Thực hiện kháng nghị cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ kháng nghị Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình có thường bao trả dịch vụ hoặc vật phẩm đó không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà **Medicare** thường bao trả, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị ngay khi hoàn tất kháng nghị Cấp 1.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm mà **Medi-Cal** thường bao trả, quý vị có thể tự nộp kháng nghị Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách làm việc này. Chúng tôi cũng đưa thêm thông tin trong phần sau của chương này. Chúng tôi không tự động nộp kháng nghị Cấp 2 cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc vật phẩm Medi-Cal.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm mà **cả Medicare và Medi-Cal** đều có thể bao trả, quý vị sẽ tự động được kháng nghị Cấp 2 với Tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục hưởng các phúc lợi khi quý vị nộp kháng nghị Cấp 1, quý vị cũng có thể tiếp tục hưởng các phúc lợi cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc đang được kháng nghị trong Cấp 2. Tham khảo **Phần F3** để biết thông tin về việc tiếp tục hưởng các phúc lợi của quý vị trong thời gian kháng nghị Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được bao trả bởi Medicare, phúc lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình kháng nghị Cấp 2 với Tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được bao trả bởi Medi-Cal, phúc lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị gửi kháng nghị Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà Medicare thường bao trả

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Đây là tổ chức độc lập được Medicare thuê.

> Tên chính thức của “Tổ chức đánh giá độc lập” là **“Đơn vị đánh giá độc lập”,** đôi khi được gọi là **“IRE”.**

- Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm Tổ chức đánh giá độc lập và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về kháng nghị của quý vị (“hồ sơ trường hợp” của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị có quyền nhận bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị miễn phí.

- Quý vị có quyền cung cấp cho Tổ chức đánh giá độc lập những thông tin khác để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.
- Những người đánh giá tại Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu có kháng nghị nhanh tại Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị nhanh tại Cấp 2.

- Nếu có kháng nghị nhanh với chúng tôi tại Cấp 1, quý vị sẽ tự động có kháng nghị nhanh tại Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là dành cho một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và Tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm đến 14 ngày nữa theo lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không được tốn thêm thời gian đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu có kháng nghị tiêu chuẩn tại Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị tiêu chuẩn tại Cấp 2.

- Nếu có kháng nghị tiêu chuẩn với chúng tôi tại Cấp 1, quý vị sẽ tự động có kháng nghị tiêu chuẩn tại Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị là dành cho một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế, Tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời quý vị cho kháng nghị Cấp 2 **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc theo toa Medicare Phần B, Tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời quý vị về kháng nghị Cấp 2 **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là dành cho một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và Tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm đến 14 ngày nữa theo lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không được tốn thêm thời gian đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu Tổ chức đánh giá độc lập Đồng ý cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định đó:
  - Cho phép bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế đó **trong vòng 72 giờ** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ đó trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập cho **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ đó **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập cho **các yêu cầu nhanh**.

- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B bị kháng nghị:
  - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng ta nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập đối với **các yêu cầu nhanh.**
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) cho việc bao trả dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối kháng nghị của quý vị".
  - Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị lựa chọn xem quý vị có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.
  - Có ba cấp độ nữa trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp.
  - Nếu kháng nghị Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng nghị, quý vị phải quyết định có tiếp tục lên Cấp 3 hay không và đưa ra kháng nghị thứ ba. Thông tin chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản quý vị nhận được sau kháng nghị Cấp 2.
  - Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý kháng nghị Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về kháng nghị cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà Medi-Cal thường bao trả

Có hai cách để thực hiện kháng nghị Cấp 2 đối với các dịch vụ và vật phẩm của Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập hoặc (2) Phiên điều trần cấp tiểu bang **(1) Đánh giá y khoa độc lập**

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập (IMR) từ Trung tâm trợ giúp tại Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (DMHC). Bằng cách nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi và đưa ra phán quyết. Có thể tiến hành IMR đối với bất kỳ dịch vụ hay vật phẩm nào được Medi-Cal bao trả có tính chất y tế. IMR là quy trình đánh giá trường hợp của quý vị, quy trình được thực hiện bởi các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi hay thuộc DMHC. Nếu kết quả quyết định của IMR là ủng hộ quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc đăng ký IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn việc cung cấp dịch vụ hoặc phương pháp điều trị của Medi-Cal do chương trình của chúng tôi xác định là không cần thiết về mặt y tế.
- Không bao trả cho quá trình điều trị thử nghiệm hoặc điều trị nghiên cứu của Medi-Cal cho một tình trạng y tế nghiêm trọng.

- Không chi trả cho các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp của Medi-Cal mà quý vị đã nhận được.
- Chưa giải quyết kháng nghị Cấp 1 về dịch vụ của Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với kháng nghị tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với kháng nghị nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị nộp đơn kháng nghị cho quý vị nhưng chúng tôi không nhận được biểu mẫu Chỉ định người đại diện, quý vị sẽ phải nộp lại đơn kháng nghị cho chúng tôi trước khi gửi đơn yêu cầu IMR Cấp 2 với Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý.

Quý vị có quyền yêu cầu cả IMR và Phiên điều trần cấp tiểu bang, trừ khi một Phiên điều trần cấp tiểu bang đã được tiến hành cho vấn đề đó.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp kháng nghị cho chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Tham khảo trang 200 để biết thông tin về quy trình kháng nghị Cấp 1 của chúng tôi. Nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với DMHC hoặc yêu cầu Trung tâm trợ giúp DMHC thực hiện IMR.

Nếu phương pháp điều trị của quý vị bị từ chối do tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không cần tham gia vào quy trình kháng nghị của chúng tôi trước khi đăng ký IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến một mối đe dọa ngay tức thì và nghiêm trọng tới sức khỏe, hoặc nếu quý vị đang chịu đau đớn dữ dội, quý vị có thể báo ngay cho DMHC mà không cần phải thông qua quy trình kháng nghị của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về kháng nghị của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn đăng ký của quý vị sau 6 tháng với lý do chính đáng, chẳng hạn như tình trạng y tế của quý vị ngăn không cho quý vị yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng, hoặc quý vị không được chúng tôi thông báo đầy đủ về quy trình IMR.

Để yêu cầu IMR:

- Điền Biểu mẫu khiếu nại/đăng ký Đánh giá y khoa độc lập có sẵn tại: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc gọi cho Trung tâm trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-688-9891.
- Nếu có, hãy đính kèm bản sao thư từ hoặc các tài liệu khác về dịch vụ hay vật phẩm mà chúng tôi từ chối. Việc này có thể đẩy nhanh quy trình IMR. Chỉ gửi bản sao tài liệu, không gửi bản gốc. Trung tâm trợ giúp không thể gửi trả bất kỳ tài liệu nào.
- Điền Biểu mẫu ủy quyền hỗ trợ nếu có người giúp quý vị trong quá trình IMR. Quý vị có thể lấy biểu mẫu tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung tâm trợ giúp của Department of Managed Health Care theo số 1-888-466-2219. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-688-9891.

- Gửi qua đường bưu điện hoặc gửi fax biểu mẫu của quý vị cùng mọi tài liệu kèm theo tới:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị đủ điều kiện tiến hành IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị một bức thư trong vòng 7 ngày theo lịch để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện tiến hành IMR. Sau khi nhận đơn đăng ký và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ ngày gửi đơn đăng ký đầy đủ.

Nếu trường hợp của quý vị là khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện tiến hành IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị một bức thư trong vòng 2 ngày theo lịch để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện tiến hành IMR. Sau khi nhận đơn đăng ký và tài liệu chứng minh từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày gửi đơn đăng ký đầy đủ. Nếu không hài lòng với kết quả IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang.

Quy trình IMR có thể sẽ mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được toàn bộ hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị cho quý vị. Nếu quý vị đang được thăm khám bởi một bác sĩ không nằm trong mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, quý vị cần lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế từ bác sĩ đó. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị bắt buộc phải lấy bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ nằm trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định trường hợp của quý vị không đủ điều kiện để tiến hành IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị thông qua quy trình khiếu nại người tiêu dùng thông thường của Sở. Đơn khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày gửi đơn đầy đủ. Nếu là trường hợp khẩn cấp, đơn khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết sớm hơn.

(1) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang vào bất kỳ lúc nào đối với dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal bao trả. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu nhận một dịch vụ hoặc vật phẩm mà chúng tôi sẽ không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã có, và chúng tôi đã từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang.

Trong hầu hết các trường hợp **quý vị có 120 ngày để yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi thông báo "Các Quyền Điều Trần Của Quý Vị" được gửi qua đường bưu điện cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang bởi vì chúng tôi thông báo cho quý vị rằng một dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc ngừng cung cấp, **quý vị sẽ có ít ngày hơn để gửi yêu cầu** nếu muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong thời gian chờ Phiên điều trần cấp tiểu bang. Hãy đọc phần "Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng nghị Cấp 2 không" ở trang 230 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang:

1. Quý vị có thể điền đầy đủ "Yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang" ở mặt sau thông báo hành động. Quý vị nên cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu như họ tên, địa chỉ, số điện thoại của quý vị, tên chương trình hoặc quận đã thực hiện hành động bất lợi cho quý vị, (các) chương trình hỗ trợ có liên quan và lý do chi tiết khiến quý vị muốn yêu cầu phiên điều trần. Sau đó, quý vị có thể gửi yêu cầu theo một trong những cách sau:
   - Gửi tới cơ quan phúc lợi của quận theo địa chỉ ghi trên thông báo.
   - Gửi tới California Department of Social Services:

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
     Sacramento, California 94244-2430

   - Gửi tới Ban điều trần cấp tiểu bang theo số fax 916-651-5210 hoặc 916-651-2789.
2. Quý vị có thể gọi cho California Department of Social Services theo số 1-800-952-5253. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang qua điện thoại, quý vị nên lưu ý rằng đường dây điện thoại rất bận.

Văn phòng Phiên điều trần công bằng sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu văn phòng Phiên điều trần công bằng **Đồng ý** cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế**,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật phẩm đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu văn phòng Phiên điều trần công bằng trả lời **Không** với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) cho việc bao trả dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối kháng nghị của quý vị".

Nếu quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập hoặc văn phòng Phiên điều trần công bằng là **Từ chối** cho tất cả hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị bổ sung.

Nếu kháng nghị cấp 2 của quý vị gửi tới **Tổ chức đánh giá độc lập,** quý vị có thể kháng nghị lại chỉ khi giá trị tính bằng đô la của dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị muốn đạt đến số tiền tối thiểu nhất định.

Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý kháng nghị Cấp 3. **Thư mà quý vị nhận được từ Tổ chức đánh giá độc lập sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung quý vị có thể có.**

Thư mà quý vị nhận được từ văn phòng Phiên điều trần công bằng sẽ mô tả lựa chọn kháng nghị tiếp theo.

Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các quyền kháng nghị của quý vị sau Cấp 2.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới lập hóa đơn các dịch vụ và vật phẩm được bao trả cho quý vị. Quy định này vẫn có hiệu lực ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn số tiền nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ hoặc vật phẩm được bao trả. Quý vị không bao giờ cần thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất quý vị phải trả là khoản đồng thanh toán cho *danh mục thuốc có yêu cầu khoản đồng thanh toán*.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ và vật phẩm được bao trả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn đó.** Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và xử lý việc đó. Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được hoàn tiền nếu làm theo các quy tắc về việc nhận dịch vụ hoặc vật phẩm.

Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. Chương này mô tả các tình huống quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng cho biết cách gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu hoàn tiền, nghĩa là quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ xem dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị đã chi trả có được bao trả hay không và kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng khoản bao trả của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị ***hoặc*** nhà cung cấp của quý vị khoản thanh toán, *hoặc nếu chương trình có khoản chia sẻ chi phí, chúng tôi sẽ gửi phần chia sẻ chi phí của chúng tôi* cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong vòng 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 hay vật phẩm, chúng tôi sẽ gửi trực tiếp khoản thanh toán cho nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán, điều này giống như sự **Đồng ý** đối với yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm.
- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm đó không được bao trả, hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị cho biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó và giải thích lý do.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không bao trả của chúng tôi, **quý vị có thể kháng nghị**. Hãy làm theo quy trình kháng nghị được mô tả trong **Phần F3**. Khi quý vị làm theo các hướng dẫn này, vui lòng lưu ý:

- Nếu quý vị kháng nghị để chúng tôi hoàn tiền cho quý vị, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền về dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được và đã tự thanh toán, quý vị không thể yêu cầu kháng nghị nhanh.

Nếu câu trả lời của chúng tôi đối với kháng nghị của quý vị là **Từ chối** và **Medicare** thường bao trả các dịch vụ hoặc vật phẩm này, chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị nếu điều này xảy ra.

- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập đảo ngược quyết định của chúng tôi và cho biết chúng tôi cần thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị tại bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối kháng nghị của quý vị”. Quý vị sẽ nhận được thư giải thích về các quyền kháng nghị bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp kháng nghị bổ sung.

Nếu chúng tôi **Từ chối** kháng nghị của quý vị và **Medi-Cal** thường bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm, quý vị có thể tự nộp kháng nghị Cấp 2. Chúng tôi không tự động nộp kháng nghị cấp 2 cho quý vị. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D

Các phúc lợi của quý vị với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi bao gồm khoản đài thọ cho nhiều loại thuốc theo toa. Hầu hết những loại thuốc này là thuốc Medicare Phần D. Có một số loại thuốc mà Medicare Phần D không bao trả nhưng Medi-Cal có thể bao trả. **Mục này chỉ áp dụng cho các kháng nghị về thuốc Phần D.** Chúng tôi sẽ sử dụng “thuốc” cho toàn bộ phần còn lại của phần này thay cho mỗi lần sử dụng “thuốc Phần D”.

Để được bao trả, thuốc của quý vị phải được dùng cho mục đích được chấp nhận về mặt y tế. Điều này nghĩa là thuốc phải được Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm (FDA) phê chuẩn hoặc được một số tài liệu y khoa tham khảo chứng minh. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin về mục đích được chấp nhận về mặt y tế.

G1. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị Phần D

Sau đây là các ví dụ về các quyết định bảo hiểm mà quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện cho thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - Bao trả thuốc Phần D không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi hoặc
  - Bỏ qua hạn chế về bảo hiểm thuốc của chúng tôi (như giới hạn về số lượng mà quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được bao trả 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 cho quý vị trước khi chúng tôi bao trả thuốc đó)

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết không thể bán thuốc theo toa cho quý vị, theo quy định bằng văn bản, nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là **"phán quyết bảo hiểm"**.

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho thuốc quý vị đã mua. Đây là yêu cầu quyết định bảo hiểm cho khoản thanh toán.

Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách nộp kháng nghị. Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị.

Quý vị thuộc trường hợp nào trong số này?			
Quý vị cần loại thuốc không thuộc Danh sách thuốc của chúng tôi hay cần chúng tôi bỏ qua quy tắc hoặc hạn chế về loại thuốc mà chúng tôi bao trả.	Quý vị có muốn chúng tôi bao trả cho một loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi và cho rằng quý vị đáp ứng quy tắc hoặc hạn chế của chương trình (như được sự chấp thuận trước) cho loại thuốc mà quý vị cần hay không?	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền thuốc mà quý vị đã nhận được và đã thanh toán.	Chúng tôi đã thông báo cho quý vị rằng chúng tôi sẽ không bao trả hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách quý vị muốn.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định đài thọ.)	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ.**	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại chi phí cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định đài thọ.)	**Quý vị có thể thực hiện kháng nghị.** (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại.)
Bắt đầu với **Phần G2**, sau đó tham khảo các **Phần G3 và G4**.	Tham khảo **Phần G4**.	Tham khảo **Phần G4**.	Tham khảo **Phần G5** .

G2. Trường hợp ngoại lệ Phần D

Nếu chúng tôi không bao trả thuốc theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ giải thích các lý do y tế cho việc tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ.

> Yêu cầu bảo hiểm thuốc không nằm trong Danh sách thuốc hoặc để loại bỏ hạn chế thuốc đôi khi được gọi là **"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 của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi.**
   - Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán phải trả cho thuốc.
2. **Miễn trừ hạn chế thuốc được bao trả.**
   - Các quy định 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 *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin).
   - Các quy tắc và các hạn chế bổ sung đối với một số loại thuốc bao gồm:
     - Bắt buộc phải sử dụng phiên bản gốc của thuốc thay vì thuốc biệt dược.
     - Nhận được sự chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc cho quý vị. Điều này đôi khi được gọi là "cho phép trước".
     - Cần thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý bao trả cho loại thuốc quý vị đang yêu cầu. Điều này đôi khi được gọi là "liệu pháp từng bước".
     - Giới hạn số lượng. Đối với một số thuốc, có thể có giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể có.

- Nếu chúng tôi đồng ý cho phép ngoại lệ đối với quý vị và đặt ra một giới hạn, quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán mà quý vị được yêu cầu thanh toán.

3. **Thay đổi phạm vi bao trả của thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong các bậc chia sẻ chi phí thuốc. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí thuốc càng thấp thì số tiền đồng thanh toán của quý vị sẽ càng thấp.

Yêu cầu thanh toán chi phí thấp hơn cho loại thuốc không ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ về bậc"**.

- Danh sách thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị cho một bệnh trạng cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc "thay thế".
- Nếu một loại thuốc thay thế cho tình trạng sức khỏe của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn loại thuốc quý vị đang uống, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả ở mức chi phí chia sẻ thuốc thay thế. Điều này sẽ giảm số tiền đồng thanh toán của quý vị đối với thuốc.
  - Nếu thuốc quý vị đang sử dụng là sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc ở khoản chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với sản phẩm sinh học thay thế cho tình trạng của quý vị.
  - Nếu thuốc quý vị đang sử dụng là thuốc biệt dược, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc ở khoản chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với thuốc biệt dược thay thế cho tình trạng của quý vị.
  - Nếu thuốc quý vị đang sử dụng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc ở khoản chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với thuốc biệt dược hoặc thuốc gốc thay thế cho tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu ngoại lệ về thay đổi bậc chia sẻ chi phí thuốc của quý vị và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể sử dụng, quý vị thường sẽ trả số tiền thấp nhất.

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác 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 bản giải thích các lý do y tế cho việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh sách thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị cho một bệnh trạng cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc "thay thế". Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc mà quý vị yêu cầu và không gây thêm các phản ứng phụ hoặc vấn đề khác về sức khỏe, thì

chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi một ngoại lệ về bậc, thông thường chúng tôi **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị từ khi thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn không có cùng hiệu quả cho 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 với 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 sẽ kéo dài cho đến lúc kết thúc năm theo lịch. Điều này sẽ áp dụng trong khoảng thời gian bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để 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 nộp đơn kháng nghị. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về cách nộp đơn kháng nghị nếu chúng tôi **Từ chối**.

Mục tiếp theo cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định đài thọ, bao gồm trường hợp ngoại lệ.

G4. Yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm quý vị mong muốn bằng cách gọi số (855) 665-4627, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể làm điều này. Hãy ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) hoặc người nào khác đại diện cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư đại diện cho mình.
- Tham khảo **Phần E3** để tìm hiểu cách chỉ định một người khác làm đại diện của quý vị.
- Quý vị không cần phải cho phép bằng văn bản cho bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác để yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm thay cho quý vị.
- Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền thuốc cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy gửi cho chúng tôi “giấy xác nhận”. Giấy xác nhận bao gồm lý do y tế từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác cho yêu cầu ngoại lệ.
- Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi qua đường bưu điện giấy xác nhận này cho chúng tôi. Họ cũng có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại, sau đó gửi fax hoặc gửi qua bưu điện giấy xác nhận.

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu chúng tôi “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** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được xác nhận của bác sĩ của quý vị.

- **Quyết định bảo hiểm nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được xác nhận của bác sĩ của quý vị.

> "Quyết định bảo hiểm nhanh" được gọi là **"quyết định bảo hiểm cấp tốc".**

  - Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:
- Quyết định cho loại thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị không thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho thuốc quý vị đã mua.
- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi đồng ý và đưa cho quý vị quyết định này. Chúng tôi gửi thư thông báo cho quý vị.

- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có hỗ trợ của bác sĩ của mình hoặc bác sĩ kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định liệu quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng y tế của quý vị không đáp ứng các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh, thay vào đó chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
  - Chúng tôi gửi thư thông báo cho quý vị. Thư cũng cho quý vị biết cách khiếu nại về quyết định của chúng tôi.
  - Quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh và nhận phản hồi trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về cách khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Các thời hạn cho "quyết định bảo hiểm nhanh"

- Nếu sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận giấy xác nhận của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị để một Tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về kháng nghị cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị khoản bảo hiểm trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy xác nhận của bác sĩ.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư sẽ hướng dẫn cho quý vị cách thực hiện kháng nghị.

Các thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Nếu sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận giấy xác nhận của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị để một Tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị khoản bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy xác nhận của bác sĩ cho trường hợp ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư sẽ hướng dẫn cho quý vị cách thực hiện kháng nghị.

Các thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị để một Tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- 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 thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư sẽ hướng dẫn cho quý vị cách thực hiện kháng nghị.

G5. Thực hiện kháng nghị cấp 1

Kháng nghị chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả thuốc Phần D được gọi là **"tái xét"** chương trình.

- Bắt đầu **kháng nghị tiêu chuẩn** hoặc **kháng nghị nhanh** bằng cách gọi số (855) 665-4627, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể làm điều này. Hãy ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị.
- Quý vị phải kháng nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, chúng tôi có thể cho quý vị nhiều thời gian hơn để kháng nghị. Ví dụ lý do chính đáng có thể là quý vị mắc bệnh nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Hãy giải thích nguyên nhân trễ kháng nghị khi quý vị nộp đơn kháng nghị.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi bản sao thông tin miễn phí về kháng nghị của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu "kháng nghị nhanh"

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **"tái xét cấp tốc".**

- Nếu quý vị kháng nghị quyết định chúng tôi đưa ra về loại thuốc quý vị không nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Những yêu cầu kháng nghị nhanh giống với những yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy tắc hay không khi chúng tôi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi có thể sẽ liên lạc với quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để thu thập thêm thông tin.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh ở Cấp 1

- Nếu sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần.
  - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng nghị đó. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng nghị Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp khoản bảo hiểm mà chúng tôi đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu chúng tôi**Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể thực hiện kháng nghị.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1

- Nếu sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị đối với loại thuốc mà quý vị không được nhận.
- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị không lấy được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phải có thuốc đó, Nếu quý vị cho rằng sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.
  - Nếu không trả lời quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng nghị đó. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng nghị Cấp 2.
  - Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:
- Chúng tôi phải **cung cấp khoản bảo hiểm** mà chúng tôi đồng ý cung cấp nhanh nhất có thể theo yêu cầu sức khỏe của quý vị nhưng **không quá 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị** đối với loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể thực hiện kháng nghị.
- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị về việc hoàn trả chi phí thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
  - Nếu không trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng nghị đó. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng nghị Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi**Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể thực hiện kháng nghị.

G6. Thực hiện kháng nghị cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** Kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc thực hiện một kháng nghị khác. Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng nghị khác, quý vị có thể sử dụng quy trình kháng nghị Cấp 2. **Tổ chức đánh giá độc lập** sẽ xem xét quyết định **Từ chối** của chúng tôi với kháng nghị đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem chúng tôi có phải thay đổi quyết định của chúng tôi hay không.

Tên chính thức của "Tổ chức đánh giá độc lập" là **"Đơn vị đánh giá độc lập",** đôi khi được gọi là **"IRE".**

Để thực hiện kháng nghị Cấp 2, quý vị, đại diện của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải liên hệ với Tổ chức đánh giá độc lập **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** kháng nghị cấp 1 của quý vị, thư mà chúng tôi đã gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách thực hiện kháng nghị cấp 2** với Tổ chức đánh giá độc lập. Hướng dẫn cho biết ai có thể thực hiện kháng nghị Cấp 2, thời hạn mà quý vị phải thực hiện và cách liên hệ tổ chức.
- Khi quý vị gửi kháng nghị đến Tổ chức đánh giá độc lập, chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về kháng nghị của quý vị đến tổ chức. Thông tin này được gọi là "hồ sơ trường hợp" của quý vị. **Quý vị có quyền nhận bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị miễn phí**.
- Quý vị có quyền cung cấp cho Tổ chức đánh giá độc lập những thông tin khác để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng nghị Cấp 2 Phần D của quý vị và đưa ra câu trả lời bằng văn bản. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về Tổ chức đánh giá độc lập.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh ở Cấp 2

Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu Tổ chức đánh giá độc lập thực hiện kháng nghị nhanh.

- Nếu tổ chức đồng ý thực hiện kháng nghị nhanh, họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.
- Nếu tổ chức **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp khoản bảo hiểm thuốc được chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị có một kháng nghị tiêu chuẩn ở cấp 2, Tổ chức đánh giá độc lập phải đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức nhận được kháng nghị của quý vị đối với loại thuốc mà quý vị không nhận được.
- **Trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng nghị yêu cầu hoàn tiền cho loại thuốc mà quý vị đã mua.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** đối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả thuốc được phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập.

- Chúng tôi phải hoàn trả chi phí mà quý vị đã thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập.
  - Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối kháng nghị của quý vị".

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị cấp 3 nếu số tiền bao trả cho thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng số tiền tối thiểu. Nếu số tiền của khoản bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu ít hơn số tiền tối thiểu, quý vị không thể thực hiện một kháng nghị khác. Trong trường hợp đó, quyết định đối với kháng nghị Cấp 2 là quyết định cuối cùng. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư thông báo cho quý vị về số tiền tối thiểu cần thiết để tiếp tục kháng nghị cấp 3.

Nếu số tiền trong yêu cầu của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể cân nhắc xem quý vị có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có ba cấp độ nữa trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2.
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** với kháng nghị cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng nghị, quý vị:
  - Quyết định xem quý vị có muốn thực hiện kháng nghị cấp 3 hay không.
  - Tham khảo thư mà Tổ chức đánh giá độc lập đã gửi cho quý vị sau kháng nghị cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện kháng nghị cấp 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý kháng nghị Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện dài hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện mà chúng tôi đài thọ cần thiết để chẩn đoán và điều trị căn bệnh hoặc thương tích của quý vị. Để biết thêm chi tiết về mức bảo hiểm nằm viện của quý vị, tham khảo **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Trong thời gian quý vị nằm ở viện được bao trả, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là "ngày xuất viện" của quý vị.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đang bị yêu cầu xuất viện quá sớm hoặc quý vị lo lắng về việc chăm sóc của mình sau khi xuất viện, quý vị có thể yêu cầu nằm viện lâu hơn. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu.

H1. Tìm hiểu về các quyền của quý vị theo Medicare

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người ở bệnh viện, chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên trường hợp, sẽ cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản tên là **"Thông báo quan trọng từ Medicare về quyền của quý vị."** Tất cả những ai có Medicare đều nhận được bản sao thông báo này bất kỳ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu bất kỳ nhân viên bệnh viện nào. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

- **Hãy đọc kỹ thông báo này** và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết về các quyền của quý vị khi là bệnh nhân bệnh viện, bao gồm quyền của quý vị để:
  - Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau khi nằm viện. Quý vị có quyền được biết các dịch vụ này là gì, ai thanh toán cho chúng và quý vị có thể nhận chúng ở đâu.
  - Tham gia vào mọi quyết định về độ dài thời gian quý vị nằm viện.
  - Biết nơi báo cáo bất kỳ quan ngại nào của quý vị về chất lượng chăm sóc của bệnh viện của quý vị.
  - Kháng nghị nếu cho rằng quý vị bị cho xuất viện quá sớm.
- **Ký vào thông báo** để thể hiện rằng quý vị đã nhận thông báo và hiểu được các quyền của quý vị.
  - Quý vị hoặc ai đó hành động thay mặt quý vị có thể ký vào thông báo.
  - Việc ký thông báo **chỉ** cho biết quý vị đã có được thông tin về các quyền của quý vị. Việc ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày ra viện mà bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã thông báo cho quý vị.
- **Hãy giữ bản sao** thông báo đã ký đó, nhờ vậy quý vị sẽ có những thông tin nếu quý vị cần.

Nếu quý vị ký tên thông báo sớm hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo này nếu quý vị:

- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang
- Gọi cho Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/Medicare/Medicare-General- Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Thực hiện kháng nghị cấp 1

Nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú trong khoảng thời gian lâu hơn, quý vị phải yêu cầu kháng nghị. Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ đánh giá kháng nghị cấp 1 để xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị không.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang chi trả lương. Những chuyên gia này kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho người dùng Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Ở California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng (Quality Improvement Organization) là Livanta (Tổ chức Cải tiến Chất lượng của California). Hãy gọi cho chúng tôi theo số (855) 887-6668 TTY:711. Thông tin liên hệ cũng nằm trong thông báo “Thông báo quan trọng từ Medicare về quyền của quý vị” và trong **Chương 2**.

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality Improvement Organization) trước khi quý vị xuất viện và không muộn hơn ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi điện trước khi rời khỏi bệnh viện**, quý vị có thể ở lại viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả tiền trong khi chờ quyết định của Tổ chức Cải tiến Chất lượng về kháng nghị của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi điện để kháng nghị** và quyết định ở lại viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, quý vị có thể phải thanh toán tất cả chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- **Nếu lỡ thời hạn** liên hệ với Tổ chức cải thiện chất lượng về kháng nghị của quý vị, quý vị có thể kháng nghị trực tiếp với chương trình của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin về cách kháng nghị với chúng tôi.
- Do thời gian nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal bao trả, nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng không xét xử yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc quý vị tin rằng trường hợp của mình là khẩn cấp, có liên quan đến một mối đe dọa ngay tức thì và nghiêm trọng tới sức khỏe, hoặc quý vị đang chịu đau đớn dữ dội, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (DMHC) hoặc yêu cầu họ tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 207 để tìm hiểu cách gửi đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập.

Yêu cầu trợ giúp nếu cần. Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp vào bất kỳ lúc nào:

- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu đánh giá nhanh. Hành động nhanh chóng và liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng để yêu cầu đánh giá nhanh việc xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho **"đánh giá nhanh"** là **"đánh giá ngay lập tức"** hoặc **"đánh giá cấp tốc"**

Điều gì sẽ xảy ra trong quá trình đánh giá nhanh

- Những người đánh giá tại Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị về lý do tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bao trả sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không cần phải lập tuyên bố bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm vậy.
- Những người đánh giá sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa ngày sau ngày người đánh giá thông báo cho chương trình của chúng tôi về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo khác giải thích lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ đó là ngày xuất viện thích hợp về mặt y tế cho quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản giải thích này là **"Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện"**. Quý vị có thể lấy mẫu bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc theo số 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể xem thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General- Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng một ngày đầy đủ sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời đối với kháng nghị của quý vị.

Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được bao trả của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng **Từ chối** khánh cáo của quý vị:

- Tổ chức tin rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Khoản bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào trưa ngày sau khi Tổ chức cải thiện chất lượng trả lời kháng nghị quý vị.
- Quý vị có thể phải chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc bệnh viện sau buổi trưa vào ngày sau khi Tổ chức Cải tiến Chất lượng đưa ra câu trả lời của họ đối với kháng nghị của quý vị.

- Quý vị có thể thực hiện Kháng nghị cấp 2 nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng từ chối Kháng nghị cấp 1 **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày quý vị dự định xuất viện.

H3. Thực hiện kháng nghị cấp 2

Đối với kháng nghị cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải tiến Chất lượng xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra ở kháng nghị cấp 1. Gọi cho họ theo số (877) 588-1123.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức cải thiện chất lượng **Từ chối** với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu đánh giá này **chỉ** khi quý vị ở lại bệnh viện sau ngày khoản bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc.

Người đánh giá của Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ:

- Xem xét cẩn thận lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị cho lần xem xét thứ hai.

Nếu Tổ chức đánh giá chất lượng **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của chúng tôi mà quý vị đã nhận từ buổi trưa vào ngày sau ngày Tổ chức Cải tiến Chất lượng từ chối kháng nghị cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được bao trả của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá chất lượng **Từ chối** với kháng nghị của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Kháng nghị Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi.
- Họ gửi thư cho quý vị để cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và thực hiện Kháng nghị Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC hoặc yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục bảo hiểm thời gian nằm viện của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần E4 ở trang 200 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập.

Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý kháng nghị Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

H4. Thực hiện kháng nghị thay thế cấp 1

Thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng cho kháng nghị cấp 1 là trong vòng 60 ngày hoặc trễ nhất là vào ngày quý vị xuất viện theo kế hoạch. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn Kháng nghị Cấp 1, quý vị có thể sử dụng quy trình “kháng nghị thay thế”.

Hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi "đánh giá nhanh" ngày xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho "đánh giá nhanh" hay "kháng nghị nhanh" là **"kháng nghị cấp tốc".**

- Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về việc nằm viện của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên có công bằng và tuân thủ các quy tắc không.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn và đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu đánh giá nhanh.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với kháng nghị nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần phải ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được bao trả của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.
- Chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi **Từ chối** kháng nghị nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán mọi phần chia sẻ chi phí sau ngày này.
- Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến nếu quý vị tiếp tục ở lại bệnh viện.
- Chúng tôi gửi kháng nghị của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập để đảm bảo chúng tôi tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi làm như vậy, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến quy trình Kháng nghị Cấp 2.

H5. Thực hiện Kháng nghị thay thế cấp 2

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng nghị cấp 2 của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định **Từ chối** Kháng nghị cấp 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ tự thực hiện việc này. Quý vị không cần làm gì cả.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Phần K** để biết thông tin về cách khiếu nại.

Tổ chức đánh giá độc lập tiến hành đánh giá nhanh kháng nghị của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường sẽ phản hồi cho quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được bao trả của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị của quý vị:

- Tổ chức đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Họ gửi thư cho quý vị để cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và thực hiện Kháng nghị Cấp 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục bảo hiểm thời gian nằm viện của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 207 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay vì một kháng nghị Cấp 3.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định

Phần này chỉ trình bày về ba loại dịch vụ mà quý vị có thể nhận được:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà.

Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

- Chăm sóc phục hồi chức khi là bệnh nhân ngoại trú tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) được Medicare chấp thuận. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang nhận điều trị một bệnh hoặc tai nạn hay quý vị đang hồi phục sau một đại phẫu.

Với bất kỳ loại nào trong ba loại dịch vụ này, quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả trong thời gian bác sĩ cho là quý vị sẽ cần dịch vụ đó.

Khi quyết định ngừng bao trả bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải cho quý vị biết **trước khi** các dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi khoản bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi ngừng thanh toán cho dịch vụ của quý vị.

Nếu cho rằng chúng tôi kết thúc khoản bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

I1. Thông báo trước khi kết thúc bảo hiểm của quý vị

Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản rằng quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều này được gọi là "Thông báo về việc Medicare Không Bao Trả". Thông báo này sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị cần ký vào thông báo để chứng minh quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký tên vào thông báo**chỉ** cho biết quý vị đã có được thông tin. Việc ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Thực hiện kháng nghị cấp 1

Nếu cho rằng chúng tôi kết thúc khoản bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết về quy trình kháng nghị Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hãy hiểu rõ và theo đúng thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải theo đúng thời hạn. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang không theo đúng thời hạn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần K** để biết thêm thông tin về khiếu nại.
- **Yêu cầu trợ giúp nếu cần.** Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp vào bất kỳ lúc nào:
  - Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang.
  - Gọi chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng.**
  - Tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin về QIO và cách thức liên hệ với họ.
  - Yêu cầu họ xem xét kháng nghị của quý vị và quyết định xem có nên thay đổi quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra hay không.
- **Hành động nhanh và yêu cầu "kháng nghị nhanh".** Yêu cầu Tổ chức Cải tiến Chất lượng xem xét liệu quyết định có thích hợp về mặt y tế để kết thúc bao trả cho dịch vụ y tế của quý vị hay không.

Thời hạn quý vị liên lạc với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ Tổ chức Cải tiến Chất lượng để bắt đầu kháng nghị vào trưa ngày trước ngày có hiệu lực của Thông báo về việc Medicare Không Bao trả mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ chức cải thiện chất lượng, quý vị có thể kháng nghị trực tiếp với chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách thực hiện, hãy tham khảo **Phần I4**.

- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng không xét xử yêu cầu tiếp tục khoản bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hoặc quý vị tin rằng trường hợp của mình là khẩn cấp hay có liên quan đến một mối đe dọa ngay tức thì và nghiêm trọng tới sức khỏe, hoặc quý vị đang chịu đau đớn dữ dội, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (DMHC) hoặc yêu cầu họ tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 207 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập.

Thuật ngữ pháp lý cho thông báo bằng văn bản là **"Thông Báo về Việc Không Bảo Hiểm của Medicare"**. Để lấy bản sao mẫu, gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi đến Medicare theo số 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486- 2048. Hoặc lấy bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Điều gì xảy ra trong quá trình kháng nghị nhanh

- Những người đánh giá tại Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng khoản bao trả cần được tiếp tục. Quý vị không cần phải lập tuyên bố bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm vậy.
- Những người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi kết thúc khoản bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị. Quý vị nhận được thông báo vào cuối ngày người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho thông báo diễn giải là **"Giải thích chi tiết về việc không bao trả"**.

- Những người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ trong vòng tròn một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ được bao trả miễn là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị của quý vị:

- Chương trình sẽ kết thúc bao trả cho quý vị vào ngày mà chúng tôi đã thông báo.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày đã nêu trong thông báo.

- Quý vị sẽ tự thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) sau ngày kết thúc khoản bảo hiểm của quý vị.
- Quý vị sẽ quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục các dịch vụ này và thực hiện kháng nghị Cấp 2 hay không.

I3. Thực hiện kháng nghị cấp 2

Đối với kháng nghị cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải tiến Chất lượng xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra ở kháng nghị cấp 1. Gọi cho họ theo số (877) 588-1123.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức cải thiện chất lượng **Từ chối** với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày khoản bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

Người đánh giá của Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ:

- Xem xét cẩn thận lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị cho lần xem xét thứ hai.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc miễn là dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi.
- Họ gửi thư cho quý vị để cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và thực hiện Kháng nghị Cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 207 để tìm hiểu cách đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập bên cạnh hoặc thay thế kháng nghị Cấp 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý kháng nghị Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

I4. Thực hiện Kháng nghị thay thế cấp 1

Như đã giải thích trong **Phần I2**, quý vị phải hành động nhanh chóng và liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng để bắt đầu kháng nghị cấp 1 của quý vị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này, quý vị có thể sử dụng quy trình "kháng nghị thay thế".

Hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi "đánh giá nhanh".

> Thuật ngữ pháp lý cho "đánh giá nhanh" hay "kháng nghị nhanh" là **"kháng nghị cấp tốc".**

- Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về trường hợp của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên có công bằng và tuân thủ các quy tắc hay không khi chúng tôi định ngày kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn và đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu đánh giá nhanh.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với kháng nghị nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần dịch vụ lâu hơn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ được bao trả miễn là các dịch vụ cần thiết về mặt y tế.
- Chúng tôi đồng ý hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi **Từ chối** kháng nghị nhanh của quý vị:

- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ này sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán mọi phần chia sẻ chi phí sau ngày này.
- Quý vị thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ này nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ sau ngày chúng tôi thông báo cho quý vị rằng bảo hiểm sẽ kết thúc.
- Chúng tôi gửi kháng nghị của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập để đảm bảo chúng tôi tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi làm như vậy, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến quy trình Kháng nghị Cấp 2.

I5. Thực hiện Kháng nghị thay thế cấp 2

Trong thời gian diễn ra kháng nghị cấp 2,

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị cấp 2 của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định Từ chối kháng nghị cấp 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ tự thực hiện việc này. Quý vị không cần làm gì cả.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Phần K** để biết thông tin về cách khiếu nại.

Tổ chức đánh giá độc lập tiến hành đánh giá nhanh kháng nghị của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường sẽ phản hồi cho quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được bao trả của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng nghị của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi.
- Họ gửi thư cho quý vị để cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và thực hiện Kháng nghị Cấp 3.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 207 để tìm hiểu

cách yêu cầu DMHC thực hiện Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập bên cạnh hoặc thay thế kháng nghị Cấp 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý kháng nghị Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

J. Chuyển kháng nghị của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục của Medicare

Nếu đã kháng nghị cấp 1 và kháng nghị cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật phẩm của Medicare và cả hai kháng nghị này đều đã bị bác bỏ, quý vị có thể có quyền thực hiện các cấp kháng nghị bổ sung.

Nếu số tiền của dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare mà quý vị đã kháng nghị không đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không được tiếp tục kháng cáo. Nếu số tiền đáp ứng đủ mức yêu cầu, quý vị có thể tiếp tục quy trình kháng nghị. Thư mà quý vị nhận được từ Tổ chức đánh giá độc lập cho kháng nghị cấp 2 sẽ nêu chi tiết những người quý vị cần liên hệ và những việc cần làm để yêu cầu kháng nghị cấp 3.

Kháng nghị Cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng nghị là phiên điều trần do Thẩm Phán Tòa Hành Chính (ALJ) chủ tọa. Người đưa ra quyết định này là một ALJ hoặc thẩm phán xét xử làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán xét xử đưa ra quyết định **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì chúng tôi có quyền yêu cầu kháng nghị Cấp 3 khi quyết định đó ủng hộ quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng nghị** quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao của yêu cầu kháng nghị Cấp 4 kèm theo bất kỳ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định Kháng cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng nghị** quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc thẩm phán xét xử.
- Nếu ALJ hoặc thẩm phán xét xử **Từ chối** kháng nghị của quý vị, thì quy trình xử lý kháng nghị có thể vẫn tiếp tục.
- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần phải làm cho kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị Cấp 4

Hội đồng kháng nghị Medicare sẽ xem xét kháng nghị và trả lời quý vị. Hội đồng là một phần của chính quyền liên bang.

Nếu Hội đồng quyết định **Đồng ý** với kháng nghị Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét quyết định kháng nghị Cấp 3 của chúng tôi khi quyết định của Hội đồng ủng hộ quý vị, chúng tôi có quyền kháng nghị Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng nghị** quyết định này, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng nghị** quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.

Nếu Hội đồng quyết định **Từ chối** hoặc bác bỏ yêu cầu xem xét của chúng tôi, quy trình kháng nghị có thể vẫn tiếp tục.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết nếu quý vị có thể tiếp tục đến Kháng nghị Cấp 5 và những việc cần phải làm.

Kháng nghị Cấp 5

- Thẩm phán tại Tòa án sơ thẩm liên bang sẽ xem xét kháng nghị của quý vị cùng tất cả các thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp kháng nghị nào khác sau Tòa án sơ thẩm liên bang.

J2. Kháng nghị Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có các quyền kháng nghị khác nếu kháng nghị của quý vị là về các dịch vụ hoặc các vật phẩm mà Medi-Cal thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

J3. Các cấp kháng nghị 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2; và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị bác bỏ.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng một số tiền nhất định, quý vị có thể tiếp tục thực hiện các cấp kháng nghị khác. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 có ghi rõ quý vị cần liên hệ với ai và việc cần làm để yêu cầu kháng nghị Cấp 3.

Kháng nghị Cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng nghị là phiên điều trần do Thẩm Phán Tòa Hành Chính (ALJ) chủ tọa. Người đưa ra quyết định này là một ALJ hoặc thẩm phán xét xử làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán xét xử **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị**:**

- Quy trình kháng nghị kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng nghị cấp tốc) hoặc thực hiện thanh toán không quá 30 ngày theo lịch sau khi có quyết định.
  - Nếu ALJ hoặc thẩm phán xét xử **Từ chối** kháng nghị của quý vị, thì quy trình xử lý kháng nghị có thể vẫn tiếp tục.
- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần phải làm cho kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị Cấp 4

Hội đồng kháng nghị Medicare sẽ xem xét kháng nghị và trả lời quý vị. Hội đồng là một phần của chính quyền liên bang.

Nếu Hội đồng **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Quy trình kháng nghị kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng nghị cấp tốc) hoặc thực hiện thanh toán không quá 30 ngày theo lịch sau khi có quyết định.

Nếu Hội đồng **Từ chối** kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị có thể vẫn tiếp tục.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng nghị này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết nếu quý vị có thể tiếp tục đến kháng nghị Cấp 5 và những việc cần phải làm.

Kháng nghị Cấp 5

  - Thẩm phán tại Tòa án sơ thẩm liên bang sẽ xem xét kháng nghị của quý vị cùng tất cả các thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp kháng nghị nào khác sau Tòa án sơ thẩm liên bang.

K. Cách khiếu nại

K1. Nên khiếu nại về những loại vấn đề nào

Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề, chẳng hạn như các vấn đề liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ, điều phối dịch vụ chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Sau đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý thông qua quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng của dịch vụ chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trong bệnh viện.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng có người đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bảo mật về quý vị.
Hành vi không tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên hành xử thô lỗ hay thiếu tôn trọng với quý vị. • Nhân viên của chúng tôi đã hành xử không tôn trọng với quý vị. • Quý vị cho rằng quý vị đang bị đẩy ra khỏi chương trình của chúng tôi.
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	• Quý vị không thể tiếp cận thực tế các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của một bác sĩ hoặc nhà cung cấp. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp dịch vụ thông dịch cho ngôn ngữ không phải tiếng Anh mà quý vị sử dụng (chẳng hạn như Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ hoặc tiếng Tây Ban Nha). • Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị các điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	• Quý vị gặp rắc rối khi đặt lịch hẹn hoặc đợi quá lâu để được đặt lịch hẹn. • Bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc các nhân viên thuộc chương trình khác khiến quý vị chờ đợi quá lâu.
Sự sạch sẽ	• 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 một thông báo hoặc thư mà lẽ ra quý vị phải nhận được. • Quý vị cho rằng các thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.

Khiếu nại	Ví dụ
Sự kịp thời liên quan đến quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị	• Quý vị tin rằng chúng tôi không theo đúng thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời kháng nghị của quý vị. • Quý vị cho rằng sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc quyết định kháng nghị có lợi cho quý vị, chúng tôi không theo đúng các thời hạn chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn lại cho quý vị chi phí cho một số dịch vụ y tế. • Quý vị không cho rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập đúng thời hạn.

Có nhiều hình thức khiếu nại khác nhau. Quý vị có thể gửi khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Một khiếu nại nội bộ được gửi kèm và được đánh giá bởi chương trình của chúng tôi. Khiếu nại bên ngoài được nộp lên và đánh giá bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu cần trợ giúp trong việc thực hiện khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài, quý vị có thể gọi bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627 TTY: 711.

Thuật ngữ pháp lý cho “khiếu nại” là **“than phiền”**.

Thuật ngữ pháp lý cho “làm đơn khiếu nại” là **“nộp đơn than phiền”**.

K2. Khiếu nại nội bộ

Để gửi một khiếu nại nội bộ, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711. Quý vị có thể nộp khiếu nại bất kỳ lúc nào trừ khi khiếu nại liên quan đến thuốc Phần D. Nếu khiếu nại liên quan đến thuốc Phần D, quý vị phải nộp khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị có vấn đề muốn khiếu nại.

- Nếu có bất cứ vấn đề gì khác quý vị cần phải làm thì bộ phận Dịch vụ thành viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Than phiền chỉ có thể được giải quyết bằng lời nói trong trường hợp không liên quan đến tranh chấp về bảo hiểm, dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang tranh chấp liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế hoặc điều trị thử nghiệm/nghiên cứu và được giải quyết trước khi hết giờ làm việc vào ngày hôm sau. Tất cả các than phiền khác, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, phải được ghi nhận và phản hồi bằng văn bản. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số (800) 665-0898, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương; hoặc gửi thư cho chúng tôi theo địa chỉ Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

Thuật ngữ pháp lý cho "khiếu nại nhanh" là **"than phiền khẩn"**.

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị khiếu nại với chúng tôi qua điện thoại, chúng tôi sẽ có thể trả lời quý vị ngay trong cuộc gọi đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi phải trả lời nhanh, chúng tôi sẽ đáp ứng.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch bởi vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng sẽ cung cấp một bản cập nhật tình hình và thời gian ước tính tới khi quý vị nhận được phản hồi.
- Nếu quý vị khiếu nại bởi vì chúng tôi từ chối yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "kháng nghị nhanh" của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại bởi vì chúng tôi mất thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị một "khiếu nại nhanh" và phản hồi khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị và nói rõ lý do. Chúng tôi sẽ trả lời việc chúng tôi có đồng ý với khiếu nại hay không.

K3. Khiếu nại bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể thông báo cho Medicare về khiếu nại của quý vị và viết đơn gửi Medicare. Biểu mẫu khiếu nại Medicare có sẵn tại: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Quý vị không cần phải nộp đơn khiếu nại với Molina Medicare Complete Care Plus trước khi nộp đơn khiếu nại với Medicare.

Medicare xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu có bất kỳ thông tin phản hồi hoặc lo ngại khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình bảo hiểm sức khỏe không giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến Phòng thanh tra của Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal thuộc Department of Health Care Services (DHCS) bằng cách gọi số 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi số 711. Quý vị có thể liên hệ từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với *Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California (DMHC). DMHC* chịu trách nhiệm điều phối các chương trình bảo hiểm y tế. *Quý vị có thể gọi cho Trung tâm trợ giúp DMHC để được trợ giúp trong việc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal.* Quý vị có thể liên hệ với DMHC nếu quý vị cần trợ giúp trong việc khiếu nại về một vấn đề khẩn cấp hoặc vấn đề liên quan đến một mối đe dọa ngay tức thì và nghiêm trọng tới sức khỏe, nếu quý vị đang chịu đau đớn dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về khiếu nại của quý vị, hoặc nếu chương trình của chúng tôi chưa giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Trung tâm trợ giúp:

- Hãy gọi số *1-888-466-2219*. *Những người bị khiếm thính, lãng tai hoặc có vấn đề về lời nói có thể sử dụng số TTY miễn phí 1-877-688-9891*. Cuộc gọi này miễn phí.
- Truy cập trang web của Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (www.dmhc.ca.gov).

Office for Civil Rights

Quý vị có thể gửi khiếu nại tới Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services nếu cho rằng quý vị chưa được đối xử công bằng. Ví dụ: quý vị có thể khiếu nại về khả năng tiếp cận dành cho người khuyết tật hoặc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của Office for Civil Rights (Văn Phòng Quyền Công Dân) là 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên 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 gọi Office for Civil Rights địa phương của quý vị theo số:

(877) 588-1123,
Thứ Hai - Thứ Sáu: 9 giờ sáng - 5 giờ chiều (theo giờ địa phương), hộp thư thoại hoạt động 24 giờ
TTY: (855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

Quý vị còn có thể có quyền theo Luật Người Mỹ Khuyết Tật và theo bất kỳ luật nào của bang được áp dụng. Quý vị có thể liên hệ.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng

Khi khiếu nại của quý vị là về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc trực tiếp cho Tổ chức Cải tiến Chất lượng.
- Quý vị có thể khiếu nại với Tổ chức Cải tiến Chất lượng và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại với Tổ chức cải thiện chất lượng, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là 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 được cung cấp cho các bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về Tổ chức Cải tiến Chất lượng, hãy tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Ở California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng (Quality Improvement Organization) được gọi là Livanta (Tổ chức Cải tiến Chất lượng của California). Số điện thoại của họ là (877)-588-1123.

Chương 10: Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Giới Thiệu

Chương này giải thích về những cách quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm y tế của quý vị sau khi quý vị rời chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn thuộc các chương trình của Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi 245

B. Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 246

C. Cách nhận dịch vụ Medicare riêng và Medi-Cal riêng 247

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị 247

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị 249

D. Cách nhận dịch vụ y tế và thuốc cho đến khi tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc 250

E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt 250

F. Các nguyên tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 251

G. Quyền khiếu nại của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 251

H. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị 251

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare có thể chấm dứt tư cách thành viên trong những khoảng thời gian nhất định của năm. Do có Medi-Cal, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang chương trình khác một lần trong mỗi **Giai đoạn ghi danh đặc biệt** sau:

- tháng 1 đến tháng 3
- tháng 4 đến tháng 6
- tháng 7 đến tháng 9

Ngoài ba giai đoạn ghi danh đặc biệt này, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau vào mỗi năm:

- **Thời gian ghi danh hàng năm** là từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách thành viên trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Giai đoạn ghi danh mở của Medicare Advantage (MA)**, từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện thay đổi việc ghi danh của mình. Ví dụ, khi:

- quý vị chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- Quý vị đủ điều kiện thay đổi Medi-Cal hoặc Hỗ trợ Bổ sung, **hoặc**
- Nếu gần đây quý vị chuyển đến, hiện đang được chăm sóc tại hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách thành viên của quý vị 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 thì bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (ngày 1 tháng 2 trong ví dụ này).

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tìm hiểu thông tin về:

- Các tùy chọn của Medicare trong bảng trong **Phần C1**
- Các tùy chọn và dịch vụ của Medi-Cal trong **Phần C**

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách kết thúc tư cách thành viên khi gọi: Bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang này. Số điện thoại cho người dùng TTY cũng được liệt kê ở đây.

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) tiểu bang California theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077.
- Phòng thanh tra của Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal theo số 1-888-452-8609, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi e-mail đến MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Quý vị không thể thay đổi chương trình nếu đang tham gia chương trình quản lý thuốc (DMP). Tham khảo Chương 5 trong Sổ tay thành viên để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định chấm dứt tư cách thành viên của mình, quý vị có thể ghi danh một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare nhưng quý vị chưa chọn một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng, 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 văn bản yêu cầu cho chúng tôi. Liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện điều này.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) nên gọi số 1-877-486-2048. Khi gọi đến số 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc khác của Medicare. Để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ Medicare khi quý vị rời chương trình của chúng tôi, hãy xem trong bảng ở trang 247.
- Giọi cho Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077.
- Phần C dưới đây bao gồm các bước quý vị có thể thực hiện để ghi danh chương trình khác, đồng thời kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận dịch vụ Medicare riêng và Medi-Cal riêng

Quý vị có nhiều lựa chọn nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu quý vị chọn rời chương trình của chúng tôi.

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận được dịch vụ Medicare được liệt kê dưới đây. Bằng cách chọn một trong số các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang: **Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác** Bao gồm một chương trình kết hợp với bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị	**Cần làm như sau:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. Đối với các thắc mắc về Chương trình chăm sóc toàn diện dành cho người lớn tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin: • Gọi Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. *TTY:711 .* Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ bị tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.*:* Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

2. Quý vị có thể chuyển sang:	Cần làm như sau:
Original Medicare đi kèm với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng	Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin: • Gọi Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. *TTY:711 .* Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

3. Quý vị có thể chuyển sang:	Cần làm như sau:
Original Medicare không đi kèm với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng **LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào chương trình thuốc theo toa Medicare riêng, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị báo với Medicare rằng quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên hủy bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, ví dụ như từ chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc quý vị có cần bảo hiểm thuốc không, hãy gọi cho Chương trình California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.	Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin: • Gọi cho California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có câu hỏi về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077. Đặt câu hỏi về ảnh hưởng của việc tham gia chương trình bảo hiểm khác hoặc quay lại Original Medicare đến việc quý vị nhận bảo hiểm Medi-Cal.

D. Cách nhận dịch vụ y tế và thuốc cho đến khi tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, có thể mất một khoảng thời gian trước khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị vẫn tiếp tục sử dụng thuốc theo toa và dịch vụ chăm sóc sức khỏe qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận chăm sóc y tế.
- Sử dụng mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm thông qua các dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi để lấy thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách thành viên trong chương trình Molina Medicare Complete Care Plus kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho việc nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị ra viện. Điều này sẽ diễn ra ngay cả khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị ra viện.

E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Đây là những trường hợp khi chúng tôi phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị bị gián đoạn,
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện tham gia Medicare và Medi-Cal.
- Nếu quý vị chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi hơn sáu tháng.

  » Nếu quý vị chuyển đi hoặc đi du lịch dài ngày, gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu xem nơi mà quý vị đang chuyển đến hoặc đang du lịch đến có nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hay không.

  - Tham khảo **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin về cách nhận chăm sóc thông qua các phúc lợi cho du khách hoặc người du lịch của chúng tôi khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi.
- Nếu quý vị phải ngồi trại tạm giam hoặc ngồi tù do phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có cho thuốc theo toa.
- Nếu quý vị không phải công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt bất hợp pháp ở Hoa Kỳ.
  - Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp ở Hoa Kỳ để có thể trở thành một thành viên chương trình của chúng tôi.

- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện tiếp tục là thành viên trên cơ sở này.
- Chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Chúng tôi chỉ có thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau đây nếu được Medicare và Medi-Cal cho phép trước.

- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện tham gia chương trình của quý vị.
- Nếu quý vị liên tục có hành vi gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác trong chương trình.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng Thẻ ID thành viên của mình để hưởng 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 thành viên của quý vị vì lý do này.)

F. Các nguyên tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không được yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

G. Quyền khiếu nại của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo lý do cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể gửi than phiền hoặc khiếu nại về quyết định đối với việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin về cách nộp khiếu nại.

H. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị

Nếu có câu hỏi hay muốn biết thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Thông báo về luật 253

B. Thông báo về không phân biệt đối xử 253

C. Thông báo về Medicare là một đơn vị thanh toán thứ hai và Medi-Cal là một đơn vị thanh toán cuối cùng 254

D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal 254

A. Thông báo về luật

Nhiều luật áp dụng đối với *Sổ Tay Thành Viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc không được giải thích trong *Sổ tay thành viên*. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang và tiểu bang về chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật liên bang và tiểu bang khác cũng có thể áp dụng.

B. Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử hay đối xử với quý vị khác đi do chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, giới, độ tuổi, khuynh hướng tính dục, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, lịch sử yêu cầu bồi hoàn, bệnh sử, thông tin di truyền, chứng thực về khả năng được bảo hiểm, vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ theo cách khác vì tổ tiên, nhận dạng nhóm dân tộc, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế.

Nếu muốn biết thêm thông tin hay có mối lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Hãy gọi cho Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi đến số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.
- Hãy gọi cho Office for Civil Rights, Department of Health Care Services theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông). Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn gửi than phiền về vấn đề kỳ thị, hãy liên hệ với Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627 TTY: 711 hoặc gửi thư đến Medicare Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801.

Nếu đơn than phiền của quý vị là về phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại đến Văn phòng Quyền Dân Sự, Department of Health Care Services, qua điện thoại, qua thư hoặc phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- Qua thư: Điền vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Biểu mẫu khiếu nại có tại www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- Điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một nhà cung cấp, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như vấn đề về lối ra vào cho xe lăn, bộ phận Dịch vụ thành viên có thể trợ giúp.

C. Thông báo về Medicare là một đơn vị thanh toán thứ hai và Medi-Cal là một đơn vị thanh toán cuối cùng

Trong một số trường hợp, một bên khác phải thanh toán trước cho dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị gặp tai nạn xe hơi hoặc bị thương ở nơi làm việc, bảo hiểm hoặc Bồi thường cho Người lao động phải chi trả trước tiên.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu lại khoản thanh toán cho các dịch vụ mà Medicare đài thọ trong trường hợp Medicare không phải là đơn vị thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ các quy định cũng như luật pháp tiểu bang và liên bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của các bên thứ ba đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho thành viên. Chúng tôi thực hiện mọi biện pháp hợp lý để đảm bảo Medi-Cal là đơn vị thanh toán cuối cùng.

D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal phải tìm kiếm các khoản hoàn tiền từ di sản được chứng thực của một số thành viên đã qua đời cho các phúc lợi Medi-Cal nhận được vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 55 của họ. Khoản hoàn tiền bao gồm Phí theo dịch vụ và phí bảo hiểm chăm sóc được quản lý/thanh toán theo định suất cho các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng, dịch vụ tại nhà và cộng đồng cũng như các dịch vụ liên quan đến bệnh viện và thuốc theo toa nhận được khi thành viên là bệnh nhân nội trú tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhận các dịch vụ tại nhà và cộng đồng. Khoản hoàn tiền không được vượt quá giá trị di sản được chứng thực của thành viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang web về thu hồi tài sản của Department of Health Care Services tại địa chỉ www.dhcs.ca.gov/er hoặc gọi số 916-650-0590.

Chương 12: Định nghĩa những thuật ngữ quan trọng

Giới Thiệu

Chương này nêu các thuật ngữ chính được sử dụng trong toàn bộ *Sổ tay thành viên* của quý vị cùng với định nghĩa của thuật ngữ. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ mình đang tìm hoặc cần thêm thông tin ngoài phạm vi định nghĩa, hãy liên hệ với Dịch Vụ Thành Viên.

Hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày (ADL): Những việc mọi người làm thường ngày, chẳng hạn như ăn, đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Thẩm phán luật hành chính: Một thẩm phán xem xét kháng nghị cấp 3.

Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP): Một chương trình giúp những cá nhân bị HIV/AIDS đủ điều kiện được tiếp cận các thuốc HIV.

Trung tâm phẫu thuật di động: Một cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho các bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và những người không cần được chăm sóc quá 24 giờ.

Kháng cáo: Cách quý vị yêu cầu xem xét lại hành động của chúng tôi nếu cho rằng chúng tôi đã có sai sót. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng cáo. **Chương 9** của Sổ tay thành viên của quý vị giải thích về kháng cáo, bao gồm cách kháng cáo.

Sức khỏe hành vi: Một thuật ngữ chung chỉ các dịch vụ về sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện.

Biệt dược: Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty đã sản xuất ra thuốc đó đầu tiên. Thuốc biệt dược có cùng thành phần giống như thuốc gốc. Thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi các công ty dược phẩm khác.

Kế hoạch chăm sóc: Tham khảo “Kế hoạch chăm sóc cá nhân”.

Dịch vụ tùy chọn của chương trình chăm sóc (Dịch vụ CPO): Dịch vụ bổ sung không bắt buộc theo Kế hoạch chăm sóc cá nhân (ICP) của quý vị. Các dịch vụ này không nhằm mục đích thay thế các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận theo Medi-Cal.

Đội ngũ chăm sóc: Tham khảo “Đội ngũ chăm sóc liên ngành”.

Người quản lý hồ sơ: Nhân viên Molina làm việc với quý vị, chương trình bảo hiểm sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết.

Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị có cho biết cách liên hệ với CMS.

Community-Based Adult Services (CBAS): Chương trình dịch vụ ngoại trú tại cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, trị liệu vận động và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ về dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác cho những thành viên đáp ứng những tiêu chí về tính đủ điều kiện được áp dụng.

Khiếu nại: Tuyên bố bằng văn bản hoặc lời nói cho biết quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại về dịch vụ hoặc việc chăm sóc được bao trả của mình. Điều này bao gồm bất kỳ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc cho quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức của “thực hiện khiếu nại” là “nộp đơn than phiền”.

Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF): Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bệnh, bị tai nạn hoặc sau ca đại phẫu. Cơ sở này cung cấp nhiều dịch vụ, bao gồm liệu pháp vật lý, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, trị liệu vận động, trị liệu âm ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường trong nhà.

Khoản đồng thanh toán: Một khoản tiền cố định quý vị thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị mỗi lần quý vị nhận một số dịch vụ hoặc thuốc theo toa nhất định. Ví dụ, quý vị có thể thanh toán $2 hoặc $5 cho một dịch vụ hoặc một loại thuốc theo toa.

Khoản chia sẻ chi phí: Khoản tiền quý vị phải thanh toán khi quý vị nhận một số dịch vụ hoặc thuốc theo toa nhất định. Khoản chia sẻ chi phí bao gồm khoản đồng thanh toán.

Bậc chia sẻ chi phí: Một nhóm các loại thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Tất cả các loại thuốc tronmg *Danh sách thuốc được bao trả* (còn được gọi là Danh sách thuốc) đều nằm trong một bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí nhận thuốc của quý vị càng cao.

Quyết định bảo hiểm: Một quyết định về những phúc lợi nào chúng tôi sẽ bao trả. Quyết định này bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được bao trả hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

Thuốc được bao trả: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các thuốc theo toa và không kê toa (OTC) mà chương trình của chúng tôi bao trả.

Các dịch vụ được bao trả: Thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc theo toa và không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi bao trả.

Đào tạo năng lực văn hóa: Khóa đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, giúp họ hiểu rõ hơn về lai lịch, giá trị và tín ngưỡng của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ cho phù hợp với nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Mức giá chia sẻ chi phí hàng ngày: Mức giá có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa ít hơn lượng thuốc đầy đủ hàng tháng cho một số loại thuốc cho quý vị và quý vị cần phải thanh toán một

khoản đồng thanh toán. Mức giá chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày được cấp thuốc trong một tháng.

Đây là ví dụ: Giả sử như khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng (lượng thuốc cho 30 ngày) là $1.35. Điều này có nghĩa là số tiền thuốc quý vị phải trả thấp hơn $0.05 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong 7 ngày, khoản thanh toán của quý vị sẽ là $0.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày tương đương với tổng số tiền thanh toán dưới $0.35.

Department of Health Care Services (DHCS): **Cơ quan của tiểu bang California quản lý Chương trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal.).**

Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC): Cơ quan của tiểu bang California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC giúp mọi người kháng nghị và khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Đánh giá y khoa độc lập (IMR).

Hủy ghi danh: Quy trình chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của quý vị).

Chương trình quản lý thuốc (DMP): Một chương trình giúp đảm bảo các thành viên sử dụng thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường xuyên bị lạm dụng khác một cách an toàn.

Các bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, thuốc biệt dược hoặc thuốc không kê toa (OTC) là những ví dụ về các bậc thuốc. Mọi loại thuốc có trong Danh sách thuốc đều thuộc một bậc.

Chương trình nhu cầu đặc biệt cho người hội đủ điều kiện kép (D-SNP) Chương trình bảo hiểm sức khỏe phục vụ những cá nhân hội đủ điều kiện nhận Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là một chương trình D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật phẩm mà bác sĩ chỉ định sử dụng tại nhà riêng của quý vị. Ví dụ về các vật phẩm này là xe lăn, nạng, hệ thống đệm có động cơ, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp chỉ định để sử dụng trong nhà, bơm tiêm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và vật tư để cấp oxy, máy xông khí dung và khung tập đi.

Trường hợp cấp cứu: Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, cho rằng quý vị có triệu chứng sức khỏe cần nhận được sự chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn nguy cơ tử vong, mất bộ phận cơ thể hoặc mất chức năng quan trọng của bộ phận cơ thể (và nếu quý vị đang mang thai thì là nguy cơ sẩy thai). Các triệu chứng y tế có thể là một căn bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hoặc một tình trạng y tế đang nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp được đào tạo về cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết nhằm điều trị trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Trường hợp ngoại lệ: Cho phép được nhận bảo hiểm cho một loại thuốc mà thông thường không được bao trả hoặc để sử dụng thuốc mà không áp dụng một số quy tắc và giới hạn.

Dịch vụ bị loại trừ: Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm sức khỏe này bao trả.

Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help): Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm bớt chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng thanh toán. Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) còn được gọi là "Trợ cấp cho người thu nhập thấp" hay "LIS".

Thuốc gốc: Thuốc theo toa được chính quyền liên bang chấp thuận sử dụng thay cho thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần giống như thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và có công dụng như thuốc biệt dược.

Than phiền: Khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này bao gồm khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cung cấp.

Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn miễn phí, khách quan về Medicare. **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị có cho biết 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. Chương trình này cũng có những người điều phối dịch vụ chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả nhà cung cấp và các dịch vụ. Tất cả họ đều làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA): Đánh giá bệnh sử và tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Đánh giá này dùng để tìm hiểu sức khỏe của quý vị và khả năng thay đổi trong tương lai.

Người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia: Một người cung cấp các dịch vụ không cần đến các kỹ năng của một y tá có chứng chỉ hành nghề hoặc các chuyên gia trị liệu, như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập đã được chỉ định). Người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia không cần có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp trị liệu.

Chăm sóc người bệnh hấp hối: Chương trình chăm sóc và hỗ trợ giúp những người có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối được sống thoải mái. Tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có nghĩa là một người đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh nan y, nghĩa là chỉ còn sống được từ 6 tháng trở xuống.

Người ghi danh được tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền chọn bệnh viện chăm sóc đặc biệt.

Một nhóm chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo đặc biệt sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện, bao gồm các nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tinh thần.

Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời ở khu vực địa lý của quý vị.

lập hóa đơn không đúng cách/không phù hợp: Một tình huống xảy ra khi một nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

-Với tư cách là thành viên trong chương trình, quý vị chỉ trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi khi nhận các dịch vụ chúng tôi bao trả. Chúng tôi **không** cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị cao hơn mức này.

-Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ, quý vị **không** có trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Các nhà cung cấp không được lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.

Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS): Chương trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể an toàn trong chính ngôi nhà của mình. IHSS là một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc bên ngoài nhà, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc và ăn ở. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt là, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc đại tiểu tiện, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), kèm theo các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ đối với người bị sa sút tinh thần. Các cơ quan dịch vụ xã hội của quận quản lý IHSS.

Đánh giá Y tế Độc lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu dịch vụ y tế hoặc điều trị, quý vị có thể kháng nghị. Nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về dịch vụ Medi-Cal, bao gồm thuốc và vật tư DME, quý vị có thể yêu cầu Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California tiến hành IMR. IMR là quy trình đánh giá trường hợp của quý vị do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu IMR được quyết định là ủng hộ quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc trị liệu quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Tổ chức đánh giá độc lâp (IRO): Một tổ chức độc lập do Medicare thuê để đánh giá kháng nghị cấp 2. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Đây là tổ chức quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc liệu quyết định đó có nên được thay đổi hay không. Medicare giám sát việc thực hiện công việc của tổ chức này. Tên chính thức là Đơn vị đánh giá độc lập.

Hiệp hội bác sĩ độc lập (IPA): IPA là một công ty ký hợp đồng với Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-SNP), sắp xếp một nhóm bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác để thăm khám cho các thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Bác sĩ của quý vị, cùng với IPA, sẽ chăm sóc tất cả các nhu cầu y tế của quý vị. Điều này bao gồm việc xin phép, nếu cần, để thăm khám với các bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ y tế như xét nghiệm phòng thí nghiệm, chụp X-quang và các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú và ngoại trú.

Chương Trình Individualized Care (ICP hoặc Chương Trình Care): Một kế hoạch chăm sóc bao gồm các quan ngại chính về sức khỏe của quý vị, mục tiêu, nhu cầu và các dịch vụ mà quý vị có thể cần đến. Chương trình của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khoẻ hành vi cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Bệnh nhân nội trú: Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị đã chính thức nhập viện cho các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu không chính thức nhập viện, quý vị có thể sẽ vẫn được coi là bệnh nhân ngoại trú hoặc nhận các dịch vụ theo dõi thay vì bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở qua đêm.

Đội ngũ chăm sóc liên ngành (ICT hay Đội ngũ chăm sóc): Một đội ngũ chăm sóc bao gồm Bác sĩ chăm sóc chính, Người quản lý hồ sơ của quý vị, có thể bao gồm những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên khoa khác, Người chăm sóc, hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác sẵn sàng giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập hoặc cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị.

***Danh sách thuốc được bao trả* (Danh sách thuốc):** Danh sách thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) mà chúng tôi bao trả. Chúng tôi chọn các thuốc trong danh sách này với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách thuốc cho quý vị biết liệu có các quy tắc cần tuân theo để nhận thuốc của mình không. Danh sách thuốc đôi khi được gọi là “danh mục thuốc”.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện một tình trạng y tế lâu dài. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị ở trong nhà của mình để quý vị không phải đến cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được bao trả bởi chương trình của chúng tôi, bao gồm các Dịch vụ tại cộng đồng, Cơ sở điều dưỡng (NF) và Hỗ trợ cộng đồng. Các chương trình miễn trừ IHSS và 1915(c) là LTSS của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi.

Trợ cấp cho người thu nhập thấp (LIS): Tham khảo Hỗ trợ Bổ sung (“Extra Help”).

Chương trình đặt hàng qua đường bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt hàng qua đường bưu điện để quý vị nhận một lượng thuốc theo toa được bao trả đủ dùng trong 3 tháng được gửi trực tiếp tới tận nhà của quý vị. Đây có thể là cách tiết kiệm chi phí và thuận tiện để mua thêm thuốc theo toa mà quý vị dùng định kỳ.

Medi-Cal: Đây là tên chương trình Medicaid của California. Medi-Cal được tiểu bang quản lý và được chi trả bởi chính quyền tiểu bang và liên bang.

- Chương trình này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế.
- Medi-Cal bao trả cho 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 các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medi-Cal.

Chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bao trả phúc lợi Medi-Cal, chẳng hạn như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Phúc lợi Medicare là riêng biệt.

Medicaid (hay Hỗ trợ Y tế): Một chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành giúp những người có thu nhập và nguồn lực giới hạn thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid của Tiểu bang California.

Cần thiết về mặt y tế: Cụm từ này mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hay điều trị tình trạng y tế, hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Trong đó có dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hay viện dưỡng lão. Cụm từ này cũng chỉ các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong ngành y tế hoặc cần thiết theo các quy tắc bảo hiểm hiện tại của Medicare hoặc Medi-Cal.

Medicare: Chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi có tình trạng khuyết tật nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người bị suy thận kinh niên cần được lọc máu hoặc ghép thận). Những người có Medicare có thể nhận bảo hiểm sức khỏe Medicare của họ thông qua Original Medicare hoặc một kế hoạch chăm sóc có quản lý (tham khảo “Chương trình bảo hiểm sức khỏe”).

Medicare Advantage: Một chương trình của Medicare, còn gọi là “Medicare Phần C” hoặc “MA”, cung cấp các chương trình MA thông qua công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để đài thọ phúc lợi Medicare của quý vị.

Hội đồng kháng nghị Medicare (Hội đồng): Một hội đồng đánh giá kháng nghị cấp 4. Hội đồng là một phần của Chính quyền liên bang.

Các dịch vụ được Medicare đài thọ: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B bao trả. Tất cả chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, trong đó có chương trình của chúng tôi, phải bao trả mọi dịch vụ mà Medicare Phần A và Medicare Phần B bao trả.

Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare (MDPP): Một chương trình sức khỏe có cấu trúc về thay đổi hành vi cung cấp đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược để vượt qua những thách thức nhằm duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Một người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid. Người ghi danh Medicare-Medicaid cũng được gọi là “người hội đủ điều kiện kép”.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare đài thọ hầu hết các dịch vụ bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc cuối đời cần thiết về mặt y tế.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare đài thọ các dịch vụ (như xét nghiệm phòng thí nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một căn bệnh hoặc tình trạng. Medicare Phần B cũng bao trả cho 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 y tế tư nhân cung cấp phúc lợi Medicare thông qua Chương trình MA.

Medicare Phần D: Chương trình phúc lợi thuốc theo toa của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Phần D". Medicare Phần D bao trả cho thuốc theo toa ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B hoặc Medi-Cal bao trả. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Các loại thuốc thuộc Medicare Phần D: Các loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần D. Quốc hội loại trừ cụ thể một số danh mục thuốc nhất định sẽ không được Medicare Phần D bao trả. Medicaid có thể bao trả cho một số loại thuốc này.

Quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM): Một nhóm dịch vụ hoặc nhóm các dịch vụ riêng biệt do các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp, bao gồm cả dược sĩ, để đảm bảo có được kết quả trị liệu tốt nhất cho bệnh nhân. Tham khảo Chương 5 trong Sổ tay thành viên của quý vị để biết thêm thông tin.

Thành viên (thành viên trong chương trình của chúng tôi, hay thành viên trong chương trình): Một cá nhân tham gia Medicare và Medi-Cal có đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được xác nhận bởi Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) và tiểu bang.

***Sổ Tay Thành Viên* và Thông Tin Tiết Lộ:** Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác, hoặc các điều khoản bổ sung, giải thích về bảo hiểm của quý vị, việc chúng tôi phải làm, quyền của quý vị, việc quý vị phải làm với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi.

Bộ phận Dịch vụ thành viên: Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi, chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc của quý vị về tư cách thành viên, phúc lợi, than phiền và kháng nghị. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* để tìm hiểu thêm về bộ phận Dịch vụ thành viên.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Nhà thuốc (hiệu thuốc) đồng ý bán thuốc theo toa cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã ký hợp đồng làm việc với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa của quý vị khi mua ở nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: "Nhà cung cấp" là một thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm các bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các nơi khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cho quý vị.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là "nhà cung cấp trong mạng lưới" vì họ ký hợp đồng làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí cho thành viên của chúng tôi.

- Khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được các dịch vụ được bao trả. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "nhà cung cấp trong chương trình".

Viện dưỡng lão hoặc cơ sở điều dưỡng: Một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm bệnh viện.

Thanh tra: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị hoạt động với vai trò bảo vệ quyền lợi cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại và có thể giúp quý vị biết phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra viên là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** trong *Sổ tay thành viên* của mình.

Quyết định cấp tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra một quyết định cấp tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi quyết định các dịch vụ có được bao trả hay không hoặc số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả là bao nhiêu. Quyết định cấp tổ chức được gọi là "quyết định bảo hiểm". **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ giải thích thêm về quyết định bao trả.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ được bao trả bằng cách chi trả cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác những khoản tiền được Quốc hội quy định.

- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare được cung cấp ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, thì quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Nhà thuốc chưa ký hợp đồng làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi không bao trả cho hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài mạng lưới: Nhà cung cấp hoặc cơ sở mà chương trình của chúng tôi không thuê, sở hữu hoặc điều hành và không ký kết hợp đồng cung cấp dịch vụ được bao trả cho thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chương 3 trong *Sổ tay thành viên* **của quý vị giải thích về các nhà cung cấp hoặc các cơ sở ngoài mạng lưới.**

Chi phí tự trả: Yêu cầu chia sẻ chi phí để các thành viên thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc mà họ nhận được, còn được gọi là yêu cầu chi phí "tự trả". Tham khảo định nghĩa của "khoản

chia sẻ chi phí" ở trên. **Thuốc không kê toa (OTC):** Thuốc không kê toa là bất kỳ thuốc hoặc dược phẩm nào một người có thể mua mà không cần toa thuốc của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Phần A: Tham khảo "Medicare Phần A".
Phần B: Tham khảo "Medicare Phần B".
Phần C: Tham khảo "Medicare Phần C".
Phần D: Tham khảo "Medicare Phần D".
Thuốc Phần D: Tham khảo "Thuốc Medicare Phần D".

Thông tin y tế cá nhân (còn gọi là Thông tin y tế được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và bệnh sử. Tham khảo Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cũng như các quyền của quý vị liên quan đến PHI của mình.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết để luôn khỏe mạnh.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị đến thăm khám với họ.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về việc nhận được sự chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Sự cho phép trước (PA): Yêu cầu dịch vụ do PCP của quý vị gửi để nhận chấp thuận hoặc cho phép của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cho một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) có thể không bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không được chấp thuận.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả 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 bao trả cần PA từ chương trình của chúng tôi sẽ được đánh dấu trong **Chương 4** *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả một số loại thuốc nếu quý vị có được PA từ chúng tôi.

- Các loại thuốc được bao trả cần PA từ chương trình của chúng tôi sẽ được đánh dấu trong *Danh sách thuốc được bao trả*.

Chương trình chăm sóc toàn diện dành cho người lớn tuổi (PACE): Chương trình bao trả các phúc lợi của cả Medicare và Medicaid cho những người từ 55 tuổi trở lên cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống ở nhà.

Bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình: Đây là những thiết bị y tế do bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chỉ định. Những mục này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, thanh giằng tay, lưng và cổ; chi giả, mắt giả; và thiết bị cần thiết để thay thế cho một bộ phận cơ thể bên trong hoặc chức năng, bao gồm vật tư cho hậu môn giả và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng (Quality improvement organization, QIO): Nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Chính quyền liên bang sẽ chi trả cho QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Một mức giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được. Chúng tôi sẽ giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả trên mỗi thuốc theo toa.

Real Time Benefit Tool (Công cụ tìm phúc lợi thời gian thực): Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về phúc lợi và thuốc được bao trả đầy đủ, chính xác, kịp thời, thích hợp về mặt lâm sàng, dành riêng cho người ghi danh. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế có thể được sử dụng cho cùng tình trạng sức khỏe như một loại thuốc nhất định và các hạn chế về bảo hiểm (sự cho phép trước, trị liệu từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là sự chấp thuận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị hoặc sự chấp thuận của chúng tôi để quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp khác ngoài PCP của quý vị. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận trước, chúng tôi có thể không bao trả cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để sử dụng một số bác sĩ chuyên khoa, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu theo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Các dịch vụ phục hồi chức năng: Việc điều trị mà quý vị có thể nhận được để giúp quý vị phục hồi sau khi bệnh, bị tai nạn hoặc sau ca đại phẫu. Tham khảo **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Các dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn sử dụng chất gây nghiện, chăm sóc xác định giới tính và bạo lực bạn tình.

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi một chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp nhận thành viên nếu chương trình giới hạn tư cách thành viên dựa trên địa điểm họ sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện quý vị có thể sử dụng, đó cũng thường là khu vực mà quý vị có thể nhận được các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Chương trình của chúng tôi chỉ mở ghi danh cho những người sống ở khu vực dịch vụ của chúng tôi.

Chia sẻ chi phí: Phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể phải thanh toán mỗi tháng trước khi phúc lợi của quý vị có hiệu lực. Số tiền chia sẻ chi phí của quý vị khác nhau tùy thuộc vào thu nhập và nguồn lực của quý vị.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và trang thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn cũng như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan khác.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng chuyên môn được cung cấp trên cơ sở liên tục, hàng ngày và tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm truyền tĩnh mạch (IV) mà y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký có thể thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa: Một bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể.

Nhà thuốc chuyên biệt: Tham khảo Chương 5 trong Sổ tay thành viên của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên biệt.

Phiên điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, quý vị có quyền yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang. Nếu Phiên điều trần cấp tiểu bang có kết quả quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ quý vị yêu cầu.

Trị liệu từng bước: Một quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi bao trả cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI): Phúc lợi hàng tháng do Cơ quan An sinh Xã hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế và có tình trạng khuyết tật, khiếm thị hoặc từ 65 tuổi trở lên. Phúc lợi SSI không giống với phúc lợi An sinh Xã hội.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được đối với bệnh, chấn thương hoặc tình trạng bất ngờ không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cũng cần chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi các nhà cung cấp trong mạng lưới không có sẵn hoặc quý vị không thể liên hệ hoặc đến chỗ họ.

Sổ tay thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

GỌI	(855) 665-4627 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	TTY:711 Số điện thoại này cần có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe/nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí.
FAX	**Đối với Các Dịch Vụ Y Tế:** Attn: Medicare Member Services Fax: (310) 507-6186 Đối với Các Dịch Vụ (Rx) Phần D: Fax: (866) 290-1309
VIẾT THƯ	**Đối với Các Dịch Vụ Y Tế:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **Đối với Các Dịch Vụ (Rx) Phần D:** Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
TRANG WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

English:
We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:
Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:
如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-855-665-4627。说 普通話 的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:
我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-855-665-4627 聯絡我們。能說 广东话 的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:
May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese:
Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русский язык. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-855-665-4627. ويمكن لشخص يتحدّث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語 の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសវៀអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានាដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់មួយនាក់ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនេះទេ។

H5810_24_50_CASNPStateMLI_C016

Form Approved
OMB# 0938-1421

Persian (Farsi): برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj.Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627.Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਸਿੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਅਿਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffitfit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

CAMMP03ECVI1023
CAH303803ECVI24
230911