

2025

Sổ Tay Thành Viên

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a
Medicare Medi-Cal Plan

California H3038-003

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025

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

01/01/2025 – 31/12/2025

Bảo hiểm sức khỏe 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 Bảng Chứng Bảo Hiểm, cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi đến ngày 31 tháng 12 năm 2025. Sổ tay này giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện), bảo hiểm thuốc theo toa cùng 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 được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh 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. , 7 ngày một tuần. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, Thứ Hai-Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Vui lòng lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị vào các ngày cuối tuần và ngày lễ từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. 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 lâu dài. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu lâu dài 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 không phải tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, thứ Hai – thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ mong muốn. 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 lâu dài. Quý vị cũng có thể liên hệ với Điều Phối Viên Chăm Sóc của mình để được trợ giúp về các yêu cầu lâu dài.



2025 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

Mục Lục

Chương 1:	Bắt đầu với tư cách là thành viên	5
Chương 2:	Số điện thoại và nguồn lực quan trọng	16
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 đài thọ khác	32
Chương 4:	Bảng Quyền lợi	52
Chương 5:	Nhận thuốc theo toa ngoại trú của quý vị	113
Chương 6:	Số tiền quý vị chi trả cho thuốc theo toa của Medicare và Medi-Cal Medicaid	128
Chương 7:	Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ quý vị đã nhận được	134
Chương 8:	Quyền và trách nhiệm của quý vị	140
Chương 9:	Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)	163
Chương 10:	Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	201
Chương 11:	Thông báo pháp lý	209
Chương 12:	Định nghĩa về những thuật ngữ quan trọng	212

Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- ❖ Bảo hiểm theo Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là bảo hiểm sức khỏe đủ tiêu chuẩn được gọi là “bảo hiểm đáp ứng mức 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 (Internal Revenue Service, 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 Quyền Lợi Mẫu hoặc Tặng Thưởng và Ưu Đãi (Rewards and Incentives, RI) theo Mô hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (Value-Based Insurance Design, VBID) không được đảm bảo và sẽ do Tổ Chức Medicare Advantage (Medicare Advantage Organization, 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 Người Ghi Danh Mục Tiêu không đủ điều kiện tham gia các Chương Trình Quyền Lợi Mẫu hoặc Chương Trình RI hoặc không thể xác định khả năng hội đủ điều kiện tham gia các chương trình đó trước một Năm Chương Trình, nếu áp dụng.
- ❖ Medicare chấp thuận cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cung cấp những quyền 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 tâm 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 tâm 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 khiếu nại đến:

Civil Rights Coordinator

200 Océangate 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 khiếu nại trực tiếp, qua đường bưu điện, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp khiếu nại, Điều phối viên dân quyền sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Office of Civil Rights (Văn phòng Quyền dân sự) thuộc California Department of Health Care Services (Sở 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 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, tình trạng khuyết tật, tuổi tác hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về 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 Office for Civil Rights tại địa chỉ:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

hoặc qua thư hay điện thoại theo địa chỉ:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-868-1019 or 800-537-7697 (TDD)

Các biểu mẫu khiếu nại có tại:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 bảo hiểm sức khỏe đài thọ cho tất cả dịch vụ Medicare của quý vị và điều phối tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal cũng như tư cách thành viên của quý vị trong chương trình đó. 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	6
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal	6
B1. Medicare	6
B2. Medi-Cal	6
C. Lợi ích của chương trình chúng tôi	7
D. Khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi	7
E. Điều kiện để quý vị trở thành một thành viên trong chương trình	8
F. Những điều có thể trông đợi khi quý vị tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi lần đầu	8
G. Nhóm chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị	9
G1. Nhóm chăm sóc	9
G2. Kế hoạch chăm sóc	9
H. Chi phí hàng tháng của quý vị cho Molina Medicare Complete Care Plus	9
H1. Phí chương trình bảo hiểm	10
H2. Phí bảo hiểm hàng tháng của Medicare Phần B	10
H3. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare	10
I. Sổ Tay Thành Viên của Quý Vị	10
J. Thông tin quan trọng khác quý vị nhận được từ chúng tôi	11
J1. Thẻ ID thành viên của quý vị	11
J2. <i>Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc</i>	13
J3. <i>Danh sách thuốc được bao trả</i>	14
J4. <i>Giải thích về phúc lợi</i>	14
K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị	15
K1. Bảo mật thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)	15

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 các cá nhân đủ điều kiện tham gia cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi bao gồm 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 điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc để giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả họ sẽ phối hợp với 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 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 (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 tiểu bang và chính quyền liên bang. Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 tính 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 đài thọ 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 sẽ giúp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal kết hợp hiệu quả 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 nhóm chăm sóc được lựa chọn với sự trợ giúp của quý vị. Nhóm 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 điều phối viên chăm sóc. Đây là người làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc của quý vị để lập chương trình chăm sóc.
- Quý vị có thể định hướng dịch vụ chăm sóc của riêng mình với sự trợ giúp của nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc.
- Nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để thiết kế một chương trình chăm sóc đáp ứng nhu cầu về sức khỏe **của quý vị**. Nhóm chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ quý vị cần. Ví dụ: điều này có nghĩa là nhóm 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 nếu 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 quyền 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 thắc mắc.

D. Khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận ở California:

- ❖ Các quận 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 tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi. Tham khảo **Chương 8** trong Sổ Tay Thành Viên để biết thêm thông tin về các ảnh hưởng từ việc chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 địa lý 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 đủ điều kiện nhận Medi-Cal

Nếu quý vị không còn 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 đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi.

Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

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 hoạt động 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, ngay cả khi 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. Quý vị có thể thực hiện yêu cầu này bằng cách gọi số (855) 665-4627, TTY: 711. 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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. Nhóm chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị

G1. Nhóm chăm sóc

Một nhóm chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận sự chăm sóc quý vị cần. Một nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, điều phối viên chăm sóc hoặc những người chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị lựa chọn.

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Quý vị sẽ có điều phối viên chăm sóc khi ghi danh vào 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 nhóm 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 điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lập một chương trình chăm sóc. Chương trình chăm sóc cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết về những dịch vụ quý vị cần và cách nhận được dịch vụ đó. Chương trình chăm sóc bao gồm các nhu cầu về y tế, sức khỏe hành vi và LTSS hoặc các dịch vụ khác.

Chương trình 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.

Nhóm 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. Chương trình chăm sóc của quý vị được lập ra dựa trên nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Ít nhất hàng năm, nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để cập nhật chương trình 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 chương trình bảo hiểm (**Phần H1**)
- Phí bảo hiểm hàng tháng của Medicare Phần B (**Phần H2**)
- Số Tiền Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare (**Phần H3**)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



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

H1. Phí chương trình bảo hiểm

Với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải thanh toán phí chương trình bảo hiểm hàng tháng. Năm 2025, phí bảo hiểm hàng tháng cho Molina Medicare Complete Care Plus là \$1.60. Tùy thuộc vào mức trợ cấp “Trợ Giúp Bổ Sung” của quý vị, phí bảo hiểm hàng tháng \$1.60 có thể được giảm xuống còn \$0.

H2. Phí bảo hiểm hàng tháng của Medicare Phần B

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

Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, một số thành viên còn phải thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần E phía trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tính đủ điều kiện nhận Medi-Cal cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus, Medi-Cal sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A (nếu quý vị không tự động đủ tiêu chuẩn nhận) 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 để tiếp tục là thành viên của chương trình. Khoản này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Medicare Phần B. Ngoài ra, cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Medicare Phần A áp dụng cho các thành viên không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Medicare Phần A. **Ngoài ra, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị và thông báo cho họ về thay đổi này.**

H3. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Nếu quý vị tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ chương trình cho các thuốc theo toa của mình (thay vì trả tiền cho nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của quý vị được tính dựa trên số tiền quý vị phải trả cho bất kỳ thuốc theo toa nào quý vị mua, cộng với số dư của tháng trước, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2 cho biết thêm về Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được tính theo tùy chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong **Chương 9** để khiếu nại hoặc kháng nghị.

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, hãy 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](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị được ghi danh vào chương trình của chúng tôi từ ngày 01/01/2025 đến ngày 31/12/2025.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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, bao gồm LTSS, một số dịch vụ sức khỏe hành vi và thuốc theo toa. Quý vị phải 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 và theo số điện thoại ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Miễn quý vị còn là thành viên của chương trình, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare hay thẻ Medi-Cal màu đỏ, trắng và xanh dương của mình để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy giữ 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 tính 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 quyền lợi (BIC) để tiếp cận các dịch vụ sau:

- Chăm cứu
- Chương trình miễn trừ AIDS
- Các dịch vụ cứu thương
- Dịch vụ thính học
- Điều Trị Sức Khỏe Hành Vi (BHT)
- Máu và các sản phẩm dẫn xuất từ máu
- Tim và Phổi
- Y tá gia đình hành nghề được chứng nhận
- Kỹ Thuật Nắn Chỉnh Cột Sống
- Dịch vụ lọc máu mạn tính
- Dịch vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)
- Chương Trình Dịch Vụ Chu Sinh Toàn Diện (dịch vụ phòng ngừa)
- Nha khoa

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- X-quang chẩn đoán
- Lọc máu
- Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) và vật tư liên quan
- Thăm khám bác sĩ
- Khám Sàng Lọc, Chẩn Đoán và Điều Trị Sớm Định Kỳ (EPSDT)
- Chăm sóc cấp cứu
- Sửa Công Thức Qua Đường Ruột
- Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và vật tư
- Các dịch vụ của trung tâm sức khỏe hội đủ điều kiện liên bang (FQHC, Federally Qualified Health Center)
- Thính lực
- Chăm sóc Tại Nhà và Cộng Đồng cho người cao tuổi khuyết tật chức năng (chỉ đối với chương trình miễn trừ)
- Các dịch vụ của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Các dịch vụ người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Chăm sóc cuối đời
- Bệnh viện nội trú
- Cơ sở chăm sóc trung cấp
- Bệnh thận và tình trạng bệnh
- Dịch vụ xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, phóng xạ và đồng vị phóng xạ
- Dịch vụ nữ hộ sinh được cấp phép
- Bữa ăn
- Dịch vụ vận chuyển Y Tế Phi Cấp Cứu
- Dịch vụ y tá gây mê
- Sức khỏe tâm thần ngoại trú
- Thuốc theo toa ngoại trú
- Phục hồi chức năng ngoại trú
- Các dịch vụ ngoại trú
- Dịch vụ chăm sóc cá nhân
- Hệ Thống Ứng Phó Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS)
- Điều trị bệnh chân
- Dịch vụ phòng ngừa
- Thiết bị bộ phận cơ thể giả
- Dịch vụ tâm lý
- Dịch vụ phòng khám Sức Khỏe Nông Thôn (RHC)
- Dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ ký hiệu
- Cơ sở điều dưỡng chuyên môn
- Dịch vụ điều dưỡng đặc biệt
- Cấy ghép
- Dịch vụ vận chuyển/phi vận chuyển
- Dịch vụ khẩn cấp cần thiết
- Nhãn khoa
- Dịch vụ phòng ngừa hen suyễn
- Dịch vụ nha khoa
- Dịch vụ người hỗ trợ sinh nở (doula)

Đây có thể không phải là danh sách đầy đủ. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các quyền lợi được đài thọ ngoài phạm vi chương trình của chúng tôi ở Chương 4, Phần F.

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 đài thọ.

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
- ❖ Đặc Quyền Bệnh Viện/Liên Kết
- ❖ 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:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 đài thọ dưới dạng khoản thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa 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 kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, quý vị phải mua 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 Đài Thọ*. Chúng tôi gọi tắt bản này là “*Danh Sách Thuốc*”. Danh sách này cho quý vị biết thuốc theo toa nào mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết liệu có quy tắc hay hạn chế nào về bất cứ loại thuốc nào, chẳng hạn có như giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận được hay không. 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 năm. Để có được thông tin cập nhật nhất về loại thuốc được đài thọ, 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 *Bản Giải Thích về Quyền Lợi Bảo Hiểm* (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 quý vị sử dụng. **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 điện thoại 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 y tế nào khác, chẳng hạn bảo hiểm từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của chồng/vợ 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 cơ sở điều dưỡng;
- chăm sóc từ bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm về 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 điện thoại 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. Bảo mật 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 điều phối viên chăm sóc và những người khác để hỗ trợ 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	17
B. Điều Phối Viên Chăm Sóc của Quý Vị	19
C. Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	20
D. Đường Dây Y Yá Tư Vấn	21
E. Đường Dây Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi:	21
F. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO)	22
G. Medicare	23
H. Medi-Cal	24
I. Phòng Thanh Tra của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý và Sức Khỏe Tâm Thần Medi-Cal	25
J. Dịch vụ Xã hội của Quận	25
K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận	26
L. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California	27
M. Chương trình giúp mọi người chi trả thuốc theo toa	28
M1. Trợ giúp bổ sung (Extra Help)	28
N. An Sinh Xã Hội (Social Security)	28
O. Railroad Retirement Board (RRB)	29
P. Bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm khác từ chủ lao động	29
Q. Các nguồn lực khác	30
R. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal	30

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 dịch vụ y tế: Fax: (310) 507-6186 Đối với dịch vụ Phần D (Rx): Fax: (866) 290-1309
GỬI THƯ ĐẾN	Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Đối với dịch vụ Phần D (Rx): 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
- Các câu hỏi về yêu cầu bồi thường 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:
 - quyền lợi và các dịch vụ được đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (tham khảo **Phần F**).
 - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích khiếu nại của mình 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 1-855-501-3077.
 - 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 về thuốc của quý vị
 - Quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị là quyết định về:
 - quyền lợi và các loại thuốc được đài thọ của quý vị **hoặc**
 - số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị.
 - Các loại thuốc không được Medicare đài thọ, như thuốc không theo toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của 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** trong *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, hãy 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 quý vị có khiếu nại 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 Medicare của quý vị, hãy 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 chi trả
 - 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.

- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.

B. Điều Phối Viên Chăm Sóc của Quý Vị

Điều phối viên chăm sóc Molina Medicare Complete Care Plus là người liên hệ chính của quý vị. Nhân viên này giúp quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị và đảm bảo rằng quý vị nhận được những gì quý vị cần. Quý vị và/hoặc người chăm sóc của quý vị có thể yêu cầu thay đổi Điều phối viên chăm sóc được chỉ định khi cần bằng cách gọi cho Điều phối viên chăm sóc đó hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Ngoài ra, nhân viên chương trình Molina Medicare Complete Care Plus của chúng tôi có thể thay đổi việc chỉ định Điều Phối Viên Chăm Sóc theo nhu cầu của quý vị (văn hóa/ngôn ngữ/thể chất/sức khỏe hành vi) hoặc địa điểm. Hãy liên hệ 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, có sẵn vào các ngày lễ, sau giờ làm việc thông thường và vào 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. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.
GỬI THƯ ĐẾN	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
TRANG WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Hãy liên hệ với điều phối viên chăm sóc 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 điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện)
- thắc mắc về quyền lợi nha khoa
- thắc mắc về vận chuyển đến các buổi hẹn y tế
- thắc mắc về 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 trợ giúp về các nhu cầu chăm sóc sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày.

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
- liệu pháp vận động
- liệu pháp ngôn ngữ
- dịch vụ y tế xã hội
- chăm sóc sức khỏe tại nhà

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) thông qua cơ quan dịch vụ xã hội của quận
- đôi khi, quý vị có thể được hỗ trợ về các nhu cầu chăm sóc sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày

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

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, 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 quận 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	Quận Los Angeles: (213) 383-4519, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 4 giờ 30 phút chiều, theo giờ địa phương. Quận Riverside và Quận San Bernardino: 909-256-8369 thứ Hai đến thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, theo giờ địa phương. Quận San Diego: (858) 565-8772, văn phòng – San Diego (760) 353-0223, văn phòng – Imperial
TTY	711
GỬI THƯ ĐẾN	Quận Los Angeles: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Các Quận Riverside và San Bernardino: Thông tin về HICAP 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 Quận 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

- Các cố vấn của HICAP có thể giải đáp những thắc mắc của quý vị về việc thay đổi sang một chương trình mới và giúp quý vị:
 - hiểu rõ các quyền của mình,
 - hiểu rõ các lựa chọn chương trình của mình,
 - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của mình và
 - giải quyết các vấn đề về hóa đơn.

D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn

Quý vị có thể gọi cho Đường Dây Gọi 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 Gọi Y Tá Tư Vấn của chúng tôi cung cấp dịch vụ cho tất cả Thành viên Molina Healthcare ở Hoa Kỳ. Đường Dây Gọi Y Tá Tư Vấn là tổng đài về sức khỏe được Ủy Ban Công Nhận Dịch Vụ Y Tế (URAC) chứng nhận. Có được chứng 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 chất lượng, qua đó cải thiện quy trình chăm sóc và nâng cao kết quả của bệnh nhân. Đường Dây Gọi 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 Y Tế 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 Gọi 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 Điều Phối Viên Chăm Sóc 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 Gọi 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 Gọi 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 trong ngày, 7 ngày trong 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 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. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần

E. Đường Dây 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 quận 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).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

GỌI	Đối với Quận Los Angeles: Department of Mental Health Quận Los Angeles: 1-800-854-7771 (Đường dây hỗ trợ 24/7) - TTY: 711 Đối với Quận Riverside: Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008 Đối với Quận San Bernardino: Department of Behavioral Health Quận San Bernardino: 1-888-743-1478 (Đường dây hỗ trợ 24 giờ) hoặc 1-800-968-2636 (đường dây hỗ trợ 24 giờ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện) Đối với Quận San Diego: Behavioral Health Services Quận San Diego 1-888-724-7240 (Đường dây tiếp cận & hỗ trợ lúc khủng hoảng 24/7) - TTY: 711
------------	---

Hãy liên hệ với Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi để được trợ giúp về:

- thắc mắc về sức khỏe hành vi và các dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện

Nếu có thắc mắc liên quan đến dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa ở quận của quý vị, hãy tham khảo **Phần K**.

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 bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có thể giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta không liên kết với chương trình của 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.
GỬI THƯ ĐẾN	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 trong dịch vụ 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 dịch vụ chăm sóc,
 - nghĩ rằng thời gian nằm viện kết thúc quá sớm, **hoặc**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 ngoại trú toàn diện (CORF) kết thúc quá sớm.

G. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi 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 sở liên bang phụ trách Medicare là Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), hoặc CMS.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong 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, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao tuổi có thể giúp quý vị truy cập trang web bằng 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là chương trình bảo hiểm sức khỏe 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 các quỹ của tiểu bang và chính quyền liên bang tài trợ.

Quyền 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 các quyền lợi Medi-Cal của mình, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc 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 tối.
TTY	1-800-430-7077 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.
GỬI THƯ ĐẾN	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Phòng Thanh Tra của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý và Sức Khỏe Tâm Thần Medi-Cal

Office of the Ombudsman hoạt động với vai trò bên 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 cần làm. Office of the Ombudsman 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 sức khỏe 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.
GỬI THƯ ĐẾN	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/MMCDOmbudsman.aspx

J. Dịch vụ Xã hội của Quận

Nếu quý vị cần giúp đỡ với quyền lợi của Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS), hãy liên hệ với cơ quan Dịch vụ Xã hội của Quận tại địa phương quý vị. Chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (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 điều dưỡng hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc. Để đăng ký IHSS, hãy liên lạc với Văn phòng IHSS tại quận địa phương của quý vị.

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

GỌI	Quận Riverside: (877) 410-8827 Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng – 5 giờ chiều, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. Quận Los Angeles: (888) 822-9622 Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng – 5 giờ chiều, theo giờ địa phương. Quận San Bernardino: (909) 387-2240-4544 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều, theo giờ địa phương. Quận San Diego: Trong địa bàn Quận San Diego: (800) 510-2020 Cuộc gọi này miễn phí. Bên ngoài Quận San Diego: (800) 339-4661 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương.
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.
GỬI THƯ ĐẾN	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. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal và dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện có sẵn cho quý vị thông qua quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí tiếp cận.

GỌI	Department of Mental Health Quận Los Angeles: (800) 854-7771 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong 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. San Bernardino – Department of Behavioral Health: (888) 743-1478 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần San Diego – Dịch vụ sức khỏe tâm thần: (888) 724-7240 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành 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.

Liên hệ với cơ quan Sức Khỏe Tâm Thần của quận để được trợ giúp về:

- thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa do quận cung cấp
- thắc mắc về dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện do quận cung cấp

L. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Được Quản Lý của California (California Department of Managed Health Care, DMHC) chịu trách nhiệm điều phối các chương trình bảo hiểm sức khỏe. 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 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 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.
GỬI THƯ ĐẾN	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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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. Trợ giúp bổ sung (Extra Help)

Vì đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, nên quý vị cũng đủ điều kiện và đang nhận được “Trợ giúp bổ sung” (Extra Help) từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Quý vị không cần phải thực hiện bất cứ điều gì để nhận được “Trợ giúp bổ sung” (Extra Help) này.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong 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

N. An Sinh Xã Hội (Social Security)

Cơ Quan An Sinh Xã Hội sẽ xác định tính đủ điều kiện và xử lý thông tin ghi danh Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên hoặc bị khuyết tật hay mắc Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) và đáp ứng một số điều kiện nhất định sẽ đủ điều kiện nhận Medicare. Nếu quý vị đã nhận được chi phiếu An Sinh Xã Hội, quý vị sẽ tự động được ghi danh tham gia Medicare. Nếu quý vị chưa nhận được chi phiếu An Sinh Xã Hội, quý vị phải ghi danh tham gia Medicare. Để đăng ký tham gia Medicare, quý vị có thể gọi cho Cơ Quan An Sinh Xã Hội hoặc đến văn phòng Cơ Quan An Sinh Xã Hội tại địa phương.

Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư, quý vị cần phải liên hệ với Cơ Quan An Sinh Xã Hội để báo cho họ biết.

GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Hoạt động 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 nhận các thông tin được ghi âm sẵn và tiến hành một số công việc 24 giờ trong 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.
TRANG WEB	www.ssa.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

O. Railroad Retirement Board (RRB)

RRB là một cơ quan Liên bang độc lập quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho người lao động trong ngành đường sắt quốc gia và gia đình của họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua RRB, quý vị cần phải thông báo cho họ biết nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu quý vị có thắc mắc về phúc lợi từ RRB, hãy liên hệ với cơ quan này.

GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Nếu nhấn phím “0”, quý vị có thể gặp nhân viên đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3:30 chiều các ngày thứ Hai, thứ Ba, thứ Năm và thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa thứ Tư. Nếu nhấn phím “1”, quý vị có thể truy cập Đường dây hỗ trợ RRB tự động và nhận thông tin được ghi lại 24 giờ trong ngày, kể cả 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 điện thoại <i>không</i> được miễn cước.
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 được phúc lợi từ chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị) hoặc nhóm hưu trí như một phần trong khuôn khổ của chương trình này, quý vị có thể gọi cho người 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 sức khỏe từ chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị) hoặc phúc lợi sức khỏe hưu trí, phí bảo hiểm hoặc giai đoạn ghi danh. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) nếu có 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 của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **người quản lý phúc lợi của nhóm đó**. Người quản lý phúc lợi có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị phù hợp chương trình của chúng tôi.

Q. Các nguồn lực khác

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

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị
- tiếp cận các dịch vụ y tế
- 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 1-855-501-3077.

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

Các quyền lợi nha khoa được cung cấp thông qua Chương Trình Nha Khoa Trả Phí Theo Từng Dịch Vụ (FFS) Medi-Cal và Chương Trình Chăm Sóc Nha Khoa Có Quản Lý (DMC) cũng như Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế San Mateo.

GỌI	1-800-322-6384 Cuộc gọi này miễn phí. Nhân viên đại diện Chương Trình Nha Khoa FFS 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 smilecalifornia.org

Thay vì Chương Trình Nha Khoa Trả Phí Theo Từng Dịch Vụ Medi-Cal, quý vị có thể nhận được các quyền lợi nha khoa thông qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý hiện có tại các Quận 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, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077), thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Cuộc gọi này miễn phí. Thông tin liên hệ của DMC cũng có sẵn tại đây: <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx>.

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 đài thọ khác

Giới thiệu

Chương này có một số thuật ngữ và quy tắc quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác của chương trình chúng tôi. Chương này cũng cho quý vị biết về điều phối viên chăm sóc 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 tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chúng tôi đài thọ và các quy tắc khi 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	34
B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ	34
C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị	35
C1. Điều phối viên chăm sóc là gì	35
C2. Cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc	36
C3. Cách thay đổi điều phối viên chăm sóc	36
D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp	36
D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)	36
D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới	38
D3. Khi một nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi	39
D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới	39
E. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)	41
F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện)	41
F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi	41
G. Dịch vụ vận chuyển	43
G1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp	43
G2. Vận chuyển phi y tế	44
H. Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, trường hợp khẩn cấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa	45
H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế	45
H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết	46
H3. Chăm sóc trong thảm họa	46
I. Việc cần làm nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ	47
I1. Những việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ	47

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một nghiên cứu lâm sàng	47
J1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng	47
J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng	48
J3. Thông tin thêm về nghiên cứu lâm sàng	48
K. Phương thức đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tại một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	49
K1. Định nghĩa về tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	49
K2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	49
L. Thiết bị y tế lâu bền (DME)	49
L1. DME với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi	49
L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare	50
L3. Phúc lợi thiết bị cấp oxy với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi	50
L4. Thiết bị cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) khác	50

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp

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 theo toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Các dịch vụ được đài thọ** là bất kỳ dịch vụ nào chương trình của chúng tôi thanh toán. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS được đài thọ có trong **Chương 4** trong Sổ Tay Thành Viên của quý vị. Các dịch vụ được đài thọ đối với thuốc theo toa và thuốc không theo toa 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 là khoản thanh toán đầy đủ. Nhà cung cấp trong mạng lưới tính 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 đài thọ.

B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ

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

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

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được phải là **quyền 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** *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 bác sĩ 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 đài thọ dịch vụ.
- PCP của chương trình của chúng tôi được 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 cần thiết để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ hoặc bất cứ dịch vụ nào khác được liệt kê trong phần D1 của chương này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đài thọ dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp không hợp tác với chương trình bảo hiểm 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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **phần H** trong chương này).
- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc giống như quý vị đã 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 dịch vụ 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 phê duyệt yêu cầu này nếu có thể xác định rằng quý vị có mối quan hệ hiện tại 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, điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ để trợ giúp quý vị tìm kiếm nhà cung cấp trong mạng lưới có liên kết với nhóm y tế thuộc PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ ngừng đài thọ 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 thuộc PCP của quý vị.

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 quyền 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 thắc mắc.

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

C1. Điều phối viên chăm sóc là gì

- Điều Phối Viên Chăm Sóc 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 mà quý vị cần.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

C2. Cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc

- Nếu quý vị muốn liên hệ với Điều Phối Viên Chăm Sóc, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, 7 ngày trong 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 điều phối viên chăm sóc

- Quý vị có thể yêu cầu thay đổi điều phối viên chăm sóc 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 điều phối viên chăm sóc của thành viên 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 những gì PCP làm cho quý vị

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) là bác sĩ, điều dưỡng cao cấp 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 bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ để được thăm khám 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 đài thọ 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” các 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 đài thọ 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 điều hành cơ sở hành nghề của riêng họ (thay vì là nhân viên của một hệ thống chăm sóc sức khỏe có quy mô lớn hơn). Những bác sĩ này tham gia một nhóm y tế để họ có thể hoạt động độc lập trong khi vẫn nhận được sự hỗ trợ cần thiết để chăm sóc 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.

Tùy 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 của chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Nếu quý vị thay đổi PCP của mình, quý vị có thể cũng thay đổi nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, hãy báo cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên biết nếu quý vị đến khám với một bác sĩ chuyên khoa hay nhận các dịch vụ được đài thọ 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 nhận 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 thông qua trang web cá nhân tại địa chỉ www.mymolina.com hoặc quý vị có thể liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin về bất kỳ nhà cung cấp Molina Healthcare nào và yêu cầu thay đổi PCP. Với một số nhà cung cấp, quý vị có thể sẽ cần giấy giới thiệu từ PCP của quý vị (ngoại trừ các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp ngoài khu vực).

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 sự chấp thuận từ PCP hoặc chương trình của chúng tôi trước khi sử dụng các nhà cung cấp khác. Việc chấp thuận này được gọi là **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 cần thiết từ các nhà cung cấp trong mạng lưới
- dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết 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 chúng tôi)

Lưu ý: Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết phải mang tính cấp thiết và cần thiết về mặt y tế.

- Các dịch vụ lọc máu 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. Nếu quý vị gọi đến Dịch Vụ Thành Viên trước khi rời khỏi khu vực dịch vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị được lọc máu trong thời gian quý vị ở 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 dịch vụ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 quý vị là Thành Viên Người Mỹ Bản Địa, quý vị có thể nhận Dịch Vụ Được Đài Thọ từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Mỹ Bản Địa do quý vị lựa chọn, mà không cần phải có giấy giới thiệu từ một PCP Trong Mạng Lưới hoặc sự Cho Phép Trước.
- 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 hoặc bộ phận cơ thể cụ 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 của mình. 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 Quyền Lợi ở Chương 4 để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu sự cho phép trước.

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 thường trực đến bác sĩ chuyên khoa đủ tiêu chuẩn cho bất kỳ tình trạng nào sau đây:

- 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 tiêu chuẩn, chúng tôi sẽ phải cấp cho quý vị sự cho phép dịch vụ dài hạn đối với một bác sĩ chuyên khoa đủ tiêu chuẩn 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;

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 tôi, 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 sự 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 tiêu chuẩn.
- 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 lựa chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới đủ tiêu chuẩn mới để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang nhận 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 sẽ phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quyền 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 về chất lượng chăm sóc cho QIO, gửi đơn than phiền về dịch vụ 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không có thỏa thuận làm việc với Molina Healthcare. Ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc gia đình, chăm sóc nhạy cảm và dịch vụ chăm sóc được Molina Healthcare phê duyệt trước, quý vị có thể phải chi trả cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào quý vị nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực dịch vụ của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Nếu quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế không có sẵn trong mạng lưới, quý vị có thể nhận được các dịch vụ này miễn phí từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Molina Healthcare có thể phê duyệt giấy giới thiệu đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu các dịch vụ quý vị cần không có sẵn trong mạng lưới hoặc ở rất xa nhà quý vị. Nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị giấy giới thiệu đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ thanh toán dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Đối với chăm sóc khẩn cấp trong khu vực dịch vụ của Molina Healthcare, quý vị phải đi khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới của Molina Healthcare. Quý vị không cần phê duyệt trước (cho phép trước) để nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị cần phải có phê duyệt trước (cho phép trước) để được chăm sóc khẩn cấp bởi một nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực dịch vụ của Molina Healthcare.

Nếu quý vị được chăm sóc khẩn cấp bởi một nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong khu vực dịch vụ của Molina Healthcare, quý vị có thể phải chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó.

Bên ngoài khu vực dịch vụ

Nếu quý vị đang ở ngoài vùng dịch vụ của Molina Healthcare và cần chăm sóc sức khỏe nhưng không phải là trường hợp cấp cứu hay khẩn cấp, hãy gọi ngay cho PCP của quý vị.

Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu, hãy gọi 911 hoặc tới phòng cấp cứu gần nhất. Molina Healthcare đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu ngoài mạng lưới. Nếu quý vị đi du lịch đến Canada hoặc Mexico và cần chăm sóc cấp cứu đòi hỏi phải nhập viện, Molina Healthcare sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu quý vị đang đi du lịch nước ngoài ra khỏi Canada hoặc Mexico và cần chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Molina Healthcare sẽ không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị ở một tiểu bang khác hoặc ở một Lãnh Thổ của Hoa Kỳ như Samoa thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana, Puerto Rico hoặc Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, quý vị sẽ được đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu. Không phải tất cả bệnh viện và bác sĩ đều chấp nhận Medicaid. (Medi-Cal là tên gọi của Medicaid chỉ có ở California.) Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu bên ngoài California, hãy thông báo cho bệnh viện hoặc bác sĩ phòng cấp cứu càng sớm càng tốt rằng quý vị có Medi-Cal và là thành viên của Molina Healthcare.

Yêu cầu bệnh viện sao chép thẻ ID Molina Healthcare của quý vị. Thông báo cho bệnh viện và các bác sĩ gửi hóa đơn đến Molina Healthcare. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ mà quý vị đã nhận ở một tiểu bang khác, hãy gọi ngay cho Molina Healthcare. Chúng tôi sẽ làm việc với bệnh viện và/hoặc bác sĩ để sắp xếp cho Molina Healthcare thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu quý vị ở ngoài California và cần mua gấp thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, hãy nhờ nhà thuốc gọi cho Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273.

Lưu ý: Lưu ý: Người Mỹ Bản Địa có thể nhận các dịch vụ tại IHCP ngoài mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc về dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới hoặc ngoài vùng dịch vụ, hãy gọi 1-888-665-4621 (TTY/TDD hoặc 711). Nếu văn phòng đóng cửa và quý vị muốn có sự giúp đỡ từ người đại diện của Molina Healthcare, hãy gọi cho Đường Dây Gọi Y Tá Tư Vấn theo số 1-888-275-8750 (tiếng Anh) hoặc 1-866-648-3537 (tiếng Tây Ban Nha).

Nếu quý vị cần được chăm sóc khẩn cấp ở bên ngoài khu vực dịch vụ của Molina Healthcare, hãy đến cơ sở chăm sóc khẩn cấp gần nhất. Nếu quý vị đang đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ và cần chăm sóc khẩn cấp, Molina Healthcare sẽ không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Để biết thêm về chăm sóc khẩn cấp, hãy đọc phần “Chăm sóc khẩn cấp” ở phần sau của chương này.

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 có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 quận 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 bảo hiểm sức khỏe tâm thần (MHP) của quận 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 Hệ Thống Sức Khỏe Đại Học Riverside – Sức Khỏe Hành Vi (Riverside University Health System – Behavioral Health), San Bernardino County Department of Behavioral Health (Sở Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino), Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận San Diego (San Diego County - Behavioral Health Services) và Sở Y Tế Công Cộng Quận Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health) 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 hỗ trợ của người đồng cảnh ngộ

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa vào cộng đồng
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc chuyên sâu
- dịch vụ chuyên sâu tại nhà

Các dịch vụ của Chương Trình Cung Cấp Có Tổ Chức Các Dịch Vụ Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Dược Chất Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System) được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tâm thần của quận đối với Quận Riverside, Quận San Diego, Quận San Bernardino, hoặc qua Department of Public Health Quận Los Angeles đối với Quận 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 bảo hiểm sức khỏe tâm thần của quận quý vị bao gồm:

- các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện tại nhà sau sinh
- các dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị narcotic
- thuốc điều trị tình trạng nghiện (còn được gọi là Điều trị có sử dụng thuốc hỗ trợ)
- các dịch vụ hỗ trợ của người đồng cảnh ngộ

Chương Trình Cung Cấp Có Tổ Chức Các Dịch Vụ Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Dược Chất Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services) bao gồm:

- các dịch vụ điều trị ngoại trú
- các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- dịch vụ nằm viện bán phần
- thuốc điều trị tình trạng nghiện (còn được gọi là Điều trị có sử dụng thuốc hỗ trợ)
- các dịch vụ điều trị nội trú
- dịch vụ kiểm soát triệu chứng thiếu thuốc
- chương trình điều trị narcotic
- dịch vụ hồi phục
- điều phối chăm sóc
- các dịch vụ hỗ trợ của người đồng cảnh ngộ

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 Quyền 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

điều dưỡng. 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 bảo hiểm sức khỏe tâm thần (MHP) của quận, Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus có thể giúp giới thiệu quý vị đến nguồn lực phù hợp của quận 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 Quận. Tham khảo các số điện thoại của quận phù hợp trong thông tin dưới đây.

Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa

Department of Mental Health Quận Los Angeles: 1-800-854-7771

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008

Department of Behavioral Health Quận San Bernardino 1-888-743-1478

Behavioral Health Services Quận San Diego 1-888-724-7240

Dịch Vụ Drug Medi-Cal

Department of Public Health Quận Los Angeles 1-844-804-7500

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008

Department of Behavioral Health Quận San Bernardino 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 đài thọ 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 và yêu cầu dịch vụ này. PCP của quý vị sẽ quyết định loại phương tiện vận chuyển chính xác để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần dịch vụ di chuyển y tế không khẩn cấp, họ sẽ chỉ định dịch vụ bằng cách điền vào mẫu đơn và gửi mẫu đơn đến Molina Medicare Complete Care Plus 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. Molina Medicare Complete Care Plus cho phép hình thức di chuyển được đài thọ với chi phí thấp nhất và phương tiện vận chuyển y tế không khẩn cấp phù hợp nhất với nhu cầu y tế khi quý vị cần đi đến cuộc hẹn. Ví dụ: nếu quý vị có thể di chuyển bằng xe van cho xe lăn vì lý do thể chất hoặc y tế, Molina Medicare Complete Care Plus 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 van để đến cuộc hẹn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 phương tiện vận chuyển y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định cho những **cuộc hẹn định kỳ** không khẩn cấp, hãy gọi đến Medi-Cal theo số 1-800-541-5555 ít nhất 2 ngày, (thứ Hai-thứ Sáu) 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.

Giới hạn của vận chuyển y tế

Molina Medicare Complete Care Plus bao trả phương tiện di chuyển y tế với chi phí thấp nhất, đáp ứng nhu cầu y tế từ nhà quý vị đến nhà cung cấp dịch vụ gần nhất nơi quý vị có lịch hẹn. Dịch vụ vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không đài thọ cho dịch vụ này. Nếu loại cuộc hẹn được Molina Medicare Complete Care Plus đài thọ nhưng không thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe thì Molina Medicare Complete Care Plus sẽ giúp quý vị lên lịch di chuyển. Một danh sách các dịch vụ được đài thọ có trong Chương 4 của sổ tay này. Phương tiện di chuyển không được bao trả bên ngoài mạng lưới hoặc khu vực dịch vụ của Molina Medicare Complete Care Plus trừ khi được phê duyệt 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.

Molina Medicare Complete Care Plus 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. Molina Medicare Complete Care Plus sử dụng Saferide để sắp xếp dịch vụ vận chuyển phi y tế. Chúng tôi sẽ đài thọ 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. Molina Medicare Complete Care Plus 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 có thể báo với chúng tôi bằng cách gọi điện hoặc gửi email, hoặc gặp trực tiếp. **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 của tài xế

Để yêu cầu xe cho các dịch vụ đã được cho phép, hãy gọi cho bộ phận Medi-Cal theo số 1-800-541-5555 ít nhất 2 ngày, (thứ Hai – thứ Sáu) 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: Các Thành Viên là Người Mỹ Bản Địa có thể liên hệ Phòng Khám Cho Người Mỹ Bản Địa tại địa phương 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 của quý vị từ nhà quý vị đến nhà cung cấp gần nhất có thể đặt 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 đài thọ.

H. Các dịch vụ được đài thọ 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 đứa con chưa sinh của 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:

Hãy tìm sự trợ giúp nhanh nhất có thể. Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần sự chấp thuận hoặc giấy giới thiệu 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, hãy thông báo cho chương trình của chúng tôi về tình trạng cấp cứu của quý vị. Chúng tôi 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 đài thọ 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 đài thọ. Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ y tế trong khi cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, hãy tham khảo Bảng Quyền 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 lập kế hoạch nếu quý vị cần chăm sóc theo dõi để khỏe hơn.

Chương trình của chúng tôi đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Chăm sóc cấp cứu khi 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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc quý vị.

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

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

H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết 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, bệnh tật hiện có của quý vị có thể phát tác hoặc quý vị có thể bị bệnh hoặc chấn thương không lường trước được.

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết nếu:

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này 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 do thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết 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 đài thọ dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị nhận được từ bất cứ nhà cung cấp nào.

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

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

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

H3. Chăm sóc trong thảm họa

Nếu thống đốc tiểu bang California, Bộ trưởng Department of Health and Human Services 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập 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 mua 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 tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ

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

Quý vị không cần tự thanh toán hóa đơn. Nếu quý vị làm như thế thì chúng tôi không thể hoàn tiền cho quý vị.

Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được đài thọ hoặc nhận được hóa đơn cho dịch vụ y tế được đài thọ, 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 đài thọ tất cả các dịch vụ:

- được xác định là cần thiết về mặt y tế, và
- được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi của chương trình (hãy 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 đài thọ, **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 đài thọ cho dịch vụ hoặc vật phẩm y tế. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị quyết định bảo hiểm 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, quý vị sẽ phải chi trả toàn bộ chi phí để nhận được thêm loại dịch vụ đó. Tham khảo **Chương 4** để biết giới hạn quyền lợi cụ thể. Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu giới hạn quyền lợi và mức quyền 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 về 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 hoặc chương trình của chúng tôi 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 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đài thọ cho các dịch vụ và chăm sóc mà quý vị nhận được 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 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 quyền 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 quyền lợi. Điều này bao gồm các quyền lợi nhất định được chỉ định trong quyết định bảo hiểm quốc gia yêu cầu bảo hiểm kèm thu thập bằng chứng (NCD-CED) và các miễn trừ 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 khuyến khích quý vị cho chúng tôi biết trước khi 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 điều phối viên chăm sóc 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 một 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 đài thọ theo nghiên cứu đó. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ 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 đài thọ 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 thanh toán kể cả khi quý vị không tham gia vào 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 khi 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 “Nghiên cứu lâm sàng và Medicare” trên trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

K. Phương thức đài thọ 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 về 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 ở 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 sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.

Quyền lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú thuộc Medicare Phần A (các dịch vụ 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 của tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký một văn bản pháp lý nêu rõ rằng quý vị không muốn 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 đài thọ, 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 này phải được Medicare chứng nhận.
- Bảo hiểm 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 đài thọ 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.

Một số vật phẩm luôn thuộc sở hữu của quý vị, 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 bao lâu.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 (Medicare & You)* năm 2025. 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. Người dùng TTY nên gọi 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 đã không trở thành chủ sở hữu của thiết bị DME khi còn tham gia chương trình của chúng tôi, và
- quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận quyền 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 tiêu chuẩn nhận thiết bị cấp oxy được Medicare đài thọ và quý vị là thành viên chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ đài thọ:

- 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 quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare. **50**



Nếu thiết bị cấp oxy là cần thiết về mặt y tế **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 sẽ 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 đài thọ 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 đài thọ và chi phí quý vị cần trả.

Chương 4: Bảng Quyền lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết thông tin về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ 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 đài thọ 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.

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 câu hỏi nào.

Mục Lục

A. Các dịch vụ được đài thọ	53
A1. Trong trường hợp cấp cứu y tế cộng đồng	53
B. Các quy tắc đối với nhà cung cấp tính phí dịch vụ này với quý vị	53
C. Về Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi	53
D. Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi	55
E. Hỗ Trợ Cộng Đồng	100
F. Các quyền lợi được đài thọ bên ngoài chương trình của chúng tôi	105
F1. Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)	105
F2. Nha Khoa Medi-Cal	106
F3. Chăm sóc cuối đời	106
F4. Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS)	107
F5. Các Chương Trình Miễn Trừ 1915(c) Dịch Vụ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng (HCBS)	107
F6. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Của Quận Được Cung Cấp Bên Ngoài Chương Trình Của Chúng Tôi (Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Và Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện)	109
G. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ	111

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

A. Các dịch vụ được đài thọ

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được đài thọ. Thông tin về các quyền lợi thuốc hiện có trong **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Do nhận được hỗ trợ từ Medi-Cal, quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ, 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 tìm hiểu về những dịch vụ được đài thọ, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc và/hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711.

A1. Trong trường hợp cấp cứu 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 của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thảm họa.

B. Các quy 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 tính hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ 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.

Nhà cung cấp không bao giờ được tính hóa đơn đối với quý vị cho các dịch vụ được đài thọ. 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 Quyền Lợi của chương trình chúng tôi

Bảng Quyền Lợi sẽ cho quý vị biết những dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán. Bảng này sẽ liệt kê các dịch vụ được đài thọ 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 Quyền 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 Quyền Lợi, miễn là đáp ứng các yêu cầu được mô tả bên dưới.

- Chúng tôi cung cấp dịch vụ Medicare và Medi-Cal được đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Đối với những người mới ghi danh, chương trình phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu là 90 ngày, trong thời gian đó, chương trình MA mới sẽ không yêu cầu phải có sự cho phép trước đối với bất kỳ liệu trình điều trị nào đang diễn ra, ngay cả khi liệu trình điều trị đó là cho một dịch vụ đã bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- 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 mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã 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 nhóm chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP phải đưa ra chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị 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 Quyền 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 được đài thọ trong Bảng Quyền Lợi cần có PA bằng dấu hoa thị (*).
- Nếu chương trình của quý vị đưa ra chấp thuận yêu cầu PA cho một liệu trình điều trị, thì chấp thuận đó phải có hiệu lực trong thời gian hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn việc chăm sóc dựa trên tiêu chí bảo hiểm, tiền sử bệnh án của quý vị và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.
- Nếu quý vị mất quyền lợi Medi-Cal, trong thời hạn 3 tháng được coi là đủ điều kiện tiếp tục, quyền lợi Medicare của quý vị trong chương trình này sẽ tiếp tục. Tuy nhiên, dịch vụ Medi-Cal của quý vị có thể không được bảo hiểm đài thọ. Liên hệ với văn phòng điều kiện hội đủ của quận hoặc Health Care Options để biết thông tin về điều kiện hội đủ Medi-Cal của quý vị. Quý vị có thể giữ các quyền lợi Medicare của mình, nhưng không giữ được các quyền lợi Medi-Cal.

Thông tin về quyền 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Tham khảo hàng “Trợ giúp dành cho một số tình trạng mạn tính” trong Bảng Phúc Lợi để biết thêm thông tin.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi để biết thông tin bổ sung.

Hầu hết các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quý vị sẽ thấy quả táo này  bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Phúc Lợi.

D. Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Sàng lọc phình động mạch chủ bụng Chúng tôi thanh toán một lần khám sàng lọc bằng siêu âm cho người có nguy cơ. Chương trình chỉ đài thọ 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.	\$0 Quý vị chi trả \$0 cho mỗi loại điều trị được Medicare đài thọ
	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 tiêu chuẩn 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 quyền lợi phòng ngừa được Medicare đài thọ về sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, dù là trong trường hợp cấp cứu hay phi cấp cứu, bao gồm cả đường bộ và đường 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. 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 nghiêm trọng đến mức những cách khác để đến nơi chăm sóc có thể gây rủi ro cho 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 cứu thương không phải cấp cứu. Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu, hãy gọi 911 và yêu cầu 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 thể chất hàng năm (Bổ sung) Khám thể chất định kỳ hàng năm 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 sàng lọc. 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.
	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 12 tháng một lần. 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 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 bị hen suyễn có kiểm soát kém.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho những dịch vụ phòng ngừa Hen Suyễn.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	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.
	Sàng lọc ung thư vú (chụp 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 dịch vụ chụp quang tuyến vú sàng lọc được đài thọ.
	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 đài thọ 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.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim. Có thể cần cho phép trước.
	Khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp cho 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 các quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng điều trị hành vi chuyên sâu.
	Kiểm tra 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 đài thọ 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 xương chậu được Medicare đài thọ.
	Các 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.

	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 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 đài thọ 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 đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau lần nội soi đại tràng sàng lọc trước đó hoặc thực 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 thực bari gần nhất. - 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. - Thực 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 thực bari sàng lọc gần nhất hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. - Thực 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 thực 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 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho lần thăm khám sàng lọc ung thư đại tràng được Medicare đài thọ.
	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 đài thọ 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 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nha khoa (Bổ sung) Chúng tôi cung cấp các quyền lợi nha khoa bổ sung bao gồm các dịch vụ nha khoa như vệ sinh, trám răng và răng giả. Quý vị có mức trợ cấp tối đa \$1,000 mỗi năm theo lịch cho tất cả dịch vụ nha khoa toàn diện bổ sung, bao gồm răng giả. Khoản trợ cấp tối đa hằng năm không áp dụng cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa bổ sung của quý vị. Chỉ các dịch vụ được liệt kê dưới đây là được đài thọ và mỗi dịch vụ đều có giới hạn cụ thể (ví dụ: khoản trợ cấp tối đa, số lượng thủ thuật và/hoặc tần suất dịch vụ). ◦ Khám Răng Miệng ◦ Tối đa mỗi 2 năm theo lịch; D0120, D0140, D0150 hoặc D0180 được phép một lần đối với mỗi nhà cung cấp HOẶC mỗi vị trí suốt đời. ◦ Chụp X Quang Răng ◦ Tối đa 4 chân răng (D0272/D0274, D0273) mỗi năm theo lịch ◦ Tối đa 6 lần chụp quang đỉnh (D0220/D0230) mỗi năm theo lịch ◦ 1 lần chụp toàn cảnh (D0330) mỗi 5 năm theo lịch ◦ 1 loạt chụp cắt lớp bên trong miệng-toàn diện (D0372) mỗi 5 năm theo lịch ◦ D0330 và D0372 được phép một lần mỗi 5 năm theo lịch, không đài thọ D0272 hoặc D0274 trong cùng năm theo lịch ◦ Điều Trị Dự Phòng (Vệ Sinh) ◦ Tối đa 2 lần mỗi năm theo lịch (D1110). ◦ Điều Trị Bằng Flouride ◦ Tối đa 2 lần mỗi năm theo lịch (D1206, D1208). ◦ Nha Chu (Cạo Vôi Răng Chuyên Sâu) ◦ Tối đa 4 góc tư mỗi 2 năm theo lịch. Bảo hiểm bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào với D4341 hoặc D4342. ◦ Nha Chu (Cắt Bỏ Mô Hoại Tử) ◦ Tối đa 1 lần mỗi năm theo lịch (D4355) hoặc ◦ Tối đa 2 lần mỗi năm theo lịch (D4910) ◦ Dịch Vụ Phục Hồi (Trám Răng) ◦ Tối đa 6 lần điều trị phục hồi mỗi năm theo lịch từ bất kỳ mã ADA nào về phục hình gốc amalgam hoặc nhựa (D2140-D2161; D2330-D2335; và D2391-D2394). ◦ Nhổ Răng (Đơn Giản) ◦ Tối đa 8 lần mỗi năm theo lịch (D7140) ◦ Nhổ Răng (Phẫu Thuật) ◦ Tối đa 3 lần mỗi năm theo lịch (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241)	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả chi phí nếu dịch vụ không được đài thọ hoặc nếu quý vị vượt quá số tiền trợ cấp tối đa. Có thể áp dụng các giới hạn và trường hợp loại trừ. Lưu ý: Bảo hiểm này là dành cho Quyền Lợi Nha Khoa Medicare Supplemental. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal có sẵn một số dịch vụ nha khoa. Các quyền lợi nha khoa có trong Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal dưới dạng dịch vụ tính phí. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc cần hỗ trợ tìm nha sĩ chấp nhận Chương Trình Nha Khoa 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 cũng có thể truy cập trang web dental.dhcs.ca.gov/ để biết thêm thông tin. 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

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	- Trích Rạch và Dẫn Lưu - Tối đa 1 lần cho mỗi răng suốt đời (D7510, D7511, D7520, D7521) - Mão Răng và Sửa Mão Răng - Tối đa 2 lần mỗi năm theo lịch; một lần mỗi 5 năm cho mỗi răng (D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980) - Nội Nha/Điều Trị Tủy Răng - Tối đa 1 lần mỗi răng, mỗi năm theo lịch (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) - Răng Giả - Tối đa 1 bộ răng giả (toàn bộ, tức thời hoặc một phần) sau mỗi 3 năm theo lịch; tối đa bằng số tiền bảo hiểm tối đa hằng năm của chương trình (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228) - Sửa và Điều Chỉnh Răng Giả - Tối đa 4 lần mỗi năm theo lịch D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) - Điều Trị Cấp Cứu Giảm Đau - Tối đa 4 lần mỗi năm theo lịch (D9110) - Gây Mê (An Thần Sâu và Truyền Tĩnh Mạch) - Được đài thọ phẫu thuật miệng (D9222, D9223, D9239, D9243) Hiệp Hội Nha Khoa Hoa Kỳ (ADA) có thể cập nhật các mã này trong năm. Nếu quý vị có câu hỏi về mã ADA nha khoa, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị có thể tìm số điện thoại của bộ phận này ở mặt sau thẻ ID thành viên chương trình của quý vị. Một số dịch vụ nha khoa yêu cầu phải có sự cho phép trước. Nhà cung cấp của quý vị sẽ xử lý mọi ủy quyền mà chương trình yêu cầu cho quý vị. Các dịch vụ thẩm mỹ và cấy ghép răng không được chương trình đài thọ.	Medi-Cal. Xem Phần F2 để biết thêm thông tin về các quyền lợi thông qua Chương trình nha khoa Medi-Cal.
	Sàng lọc trầm cảm Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc 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/hoặc 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.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	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 đài thọ 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. Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn để khám sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng kể từ ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất.	\$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
	Vật tư, dịch vụ và đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (bất kể họ có sử dụng insulin hay không): - Vật tư y tế để theo dõi glucose trong máu của quý vị bao gồm những vật tư sau: - máy theo dõi glucose trong máu - que thử glucose trong máu - thiết bị chích máu và kim chích máu - 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 mục sau: - 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 - một đôi giày có độ sâu, bao gồm buổi hẹn thử và ba cặp lót giày mỗi năm (không bao gồm miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo rời được cung cấp cùng với các đôi 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 bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.	Quý vị chi trả \$0 cho quyền lợi này. Vật tư y tế được đài thọ 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 cho bệnh võng mạc do tiểu đường hoặc tầm soát bệnh tăng nhãn áp. Xem “Dịch vụ điều trị 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 người hỗ trợ sinh nở (doula) Đối với những người mang thai, chúng tôi thanh toán cho chín lần thăm khám với người hỗ trợ sinh nở (doula) trong giai đoạn trước và sau sinh cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ người hỗ trợ sinh nở.



	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 <i>Sổ Tay Thành Viên</i> của quý vị để biết định nghĩa về “Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME)”. Chúng tôi đài thọ 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 liên xương • thiết bị chăm sóc lọc máu Các vật phẩm khác có thể được đài thọ. 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 đứa con chưa sinh của 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: ◦ 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. 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 quyền 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 quý vị 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 đã ổn định, 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 chấp thuận yêu cầu nằm viện của quý vị.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Pháp luật cho phép quý vị lựa chọn bất kỳ nhà cung cấp nào - dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới - để nhận một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng 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 xấp tránh thai, bọt tránh thai, màng phim, màng ngăn, mũ chụp cổ tử cung) • các dịch vụ hỗ trợ sinh sản hạn chế như tư vấn và giáo dục về các biện pháp nâng cao nhận thức về sinh sản và/hoặc tư vấn sức khỏe trước khi thụ thai, xét nghiệm và điều trị 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.) • 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 theo toa không được đài thọ theo Medicare Phần D có thể được đài thọ theo quyền lợi Rx Medi-Cal 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 của Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Quý vị sẽ cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ nhận dạng quyền lợi (BIC) để nhận thuốc được Medi-Cal Rx đài thọ.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ kế hoạch hóa.



	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Quyền Lợi Tập Luyện Thể Chất (Bổ sung) Quý vị nhận được tư cách thành viên trung tâm tập luyện thể chất tại các trung tâm tập luyện thể chất tham gia chương trình. Nếu quý vị không thể đến một trung tâm tập luyện thể chất hoặc thích tập thể dục ở nhà, quý vị có thể chọn bộ dụng cụ Tập luyện thể chất tại nhà. Bộ dụng cụ sẽ giúp quý vị vận động trong nhà thoải mái. Các tùy chọn Tập luyện thể chất tại nhà bao gồm lựa chọn máy theo dõi tập thể dục, bộ dụng cụ rèn luyện sức mạnh hoặc tập yoga. Nếu quý vị chọn tập thể dục tại trung tâm tập luyện thể chất, quý vị có thể xem trang web và chọn một địa điểm tham gia chương trình hoặc quý vị có thể trực tiếp đến trung tâm tập luyện thể chất tham gia chương trình để bắt đầu. Các cơ sở và chuỗi trung tâm tập luyện thể chất tham gia chương trình có thể khác nhau tùy từng địa điểm và có thể thay đổi. Bộ dụng cụ tập luyện có thể thay đổi.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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 Điều Dưỡng	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ về thính giác* 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 đài thọ 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 tiêu chuẩn khác. Quý vị được đài thọ cho 1 lần khám thính giác mỗi 2 năm và 1 buổi hẹn thử/đánh giá cho thiết bị trợ thính mỗi 2 năm theo quyền lợi Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi đài thọ thêm cho một buổi hẹn thử/đánh giá thiết bị trợ thính 1 lần mỗi năm. 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 quyền 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. Quý vị có thể thực hiện đánh giá/lắp đặt thiết bị trợ thính 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 24 tháng một lần cho cả hai tai kết hợp. Chúng tôi cũng thanh toán cho máy trợ thính khi được bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác kê toa, bao gồm: • khuôn tai, vật tư và nút tai • 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	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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
	Các quyền lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bất kỳ 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 quyền lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính. Quý vị sẽ cần nộp biểu mẫu Đánh Giá Nguy Cơ Sức Khỏe mỗi năm 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 quyền lợi bổ sung đặc biệt được liệt kê bên dưới. Điều kiện hội đủ của quý vị sẽ được xem xét hằng năm và có thể yêu cầu phải có sự cho phép trước. • 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 tiếp cận những quyền lợi này. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc Điều Phối Viên Chăm Sóc của quý vị để bắt đầu yêu cầu hoặc nhận thông tin bổ sung. Lưu ý: Bằng cách yêu cầu quyền lợi này, quý vị cho phép nhân viên đại diện của Molina Medicare Complete Care Plus (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. Thành viên phải sử dụng thẻ MyChoice đã nạp tiền để thanh toán cho các dịch vụ. Thực phẩm và nông sản: Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ nhận được \$75 mỗi tháng để chi tiêu cho Thực Phẩm và Nông Sản. Mọi khoản tiền chưa sử dụng vào cuối mỗi tháng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo.	\$0 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
	Quý vị có thể sử dụng trợ cấp 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 có tham gia tại địa phương gần đó hoặc mua trực tuyến với dịch vụ giao hàng tận nhà miễn phí tại Members.NationsBenefits.com/Molina .	
	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 cho việc sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare đài thọ.
	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 đài thọ theo quyền 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, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn ngữ - dịch vụ y tế và xã hội - thiết bị và vật tư y tế	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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
	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 đài thọ 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 chương trình chăm sóc của quý vị; • đào tạo và giáo dục thành viên chưa được bao gồm trong quyền 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 tiêu chuẩn.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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
	Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế dịch vụ chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có 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 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. Những dịch vụ được đài thọ bao gồm: - thuốc để điều trị các triệu chứng và cơn đau - chăm sóc tạm thể ngắn hạn - chăm sóc tại nhà Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ do Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được tính hóa đơn cho Medicare. - Tham khảo Phần F trong chương này để biết thêm thông tin. Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B không đài thọ: - Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ. Chúng tôi đài thọ các dịch vụ cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị <i>không</i> cần chi trả cho các dịch vụ này. Đối với thuốc có thể được đài thọ theo quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi: - Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi sẽ không bao giờ đài thọ cùng lúc cho các loại thuốc. Để biết thêm thông tin, tham khảo Chương 5 trong <i>Sổ Tay Thành Viên</i> của quý vị. Lưu ý: Nếu quý vị mắc bệnh nghiêm trọng, quý vị có thể đủ điều kiện được chăm sóc giảm đau, cung cấp dịch vụ chăm sóc theo nhóm tập trung vào bệnh nhân và gia đình để cải thiện chất lượng cuộc sống của quý vị. Quý vị có thể được chăm sóc giảm đau cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/định kỳ. Vui lòng xem phần Chăm Sóc Giảm Đau bên dưới để biết thêm thông tin. Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc 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.	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).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một thành viên mắc bệnh giai đoạn cuối chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.	
	Chủng ngừa Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • các vắc-xin ngừa 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 • các vắc-xin ngừa viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc bệnh viêm gan B • các vắc-xin ngừa COVID-19 • các vắc-xin phòng ngừa papillomavirus ở người (HPV) • 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 loại vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần D. Tham khảo Chương 6 trong <i>Sổ Tay Thành Viên</i> 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 phương thức chủng ngừa (ACIP) khuyến cáo tiêm.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vắc-xin ngừa viêm phổi, cúm, viêm gan B và COVID-19.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ 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 riêng (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 X quang khác • vật tư phẫu thuật và y tế cần thiết • các vật dụng, chẳng hạn như xe lăn • dịch vụ phòng phẫu thuật và hồi sức • liệu pháp vật lý, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn 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 chấp thuận 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 đài thọ chi phí đi lại và tạm trú cho quý vị và một người nữa. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) sẽ hoàn trả chi phí ăn ở khi ở xa để nhận chăm sóc y tế liên quan đến cấy ghép, với số tiền tối đa hàng ngày là \$150. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu hoàn tiền đi lại với số tiền tương đương với mức phí đi lại tiêu chuẩn dành cho người nộp thuế theo quy định của Sở Thuế vụ (IRS) được điều chỉnh và thông báo công khai. Số tiền tối đa phải trả cho tất cả các khoản hoàn trả chi phí đi lại, ăn ở, ăn uống và đi lại là năm nghìn đô la (\$5,000) cho mỗi ca cấy ghép theo hướng dẫn của chương trình. • máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • dịch vụ bác sĩ	\$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
	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 Hospital 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 es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy 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.	
	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 quận tại địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú. Việc cho phép dịch vụ chăm sóc quá 190 ngày được phối hợp với cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương. - 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 quyền 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 đài thọ Chúng tôi không chi trả cho nằm viện nội trú nếu quý vị đã sử dụng hết quyền 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 dịch vụ chăm sóc nội trú không được đài thọ, 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 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 - 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: - một cơ quan nội tạng (bao gồm cả mô tiếp giáp) hoặc - chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc hoạt động kém. - thanh giăng 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, liệu pháp ngôn ngữ và liệu pháp cơ năng	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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
	Dịch vụ và vật tư 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 đài thọ 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 <i>Sổ Tay Thành Viên</i> 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 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 được 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. Quyền 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 “Thuốc theo toa Medicare Phần B” trong bảng này.	\$0 Quý vị không cần chi trả cho các dịch vụ này. Medicare đài thọ tối đa 6 buổi suốt đời.
	Khám sàng lọc ung thư phổi Chương trình của chúng tôi thanh toán cho khám 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 tiêu chuẩn 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 khám sàng lọc lần đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc khác mỗi năm khi có yêu cầu bằng văn bản từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn 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.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận mà không cần lọc máu. Quyền 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.
	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 quyền lợi này (MDPP).
	Các loại thuốc theo toa Medicare Phần B Các thuốc này được đài thọ theo Phần B của Medicare. 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 • thuốc điều trị bệnh Alzheimer, Leqembi (thuốc gốc lecanemab) được tiêm tĩnh mạch (IV) • yếu tố đông máu quý vị tự tiêm nếu quý vị bị bệnh máu khó đông • thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare chi trả cho liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare đã chi trả cho việc cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm cấy ghép được đài thọ và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị dùng thuốc ức chế miễn dịch. Medicare Phần D đài thọ các thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ	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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
- 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 - một số kháng nguyên: Medicare đài thọ cho các kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị các kháng nguyên này và một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) cung cấp thuốc dưới sự giám sát thích hợp - một số loại thuốc chống ung thư đường uống: Medicare đài thọ cho một số loại thuốc điều trị ung thư đường uống mà quý vị dùng nếu loại thuốc đó có dạng tiêm hoặc thuốc đó là tiền chất (dạng thuốc uống của loại thuốc đó, khi uống vào sẽ phân hủy thành cùng thành phần hoạt chất có trong thuốc tiêm. Khi có loại thuốc điều trị ung thư mới dạng uống, Phần B có thể đài thọ cho những loại thuốc đó. Nếu Phần B không đài thọ cho các loại thuốc này, thì Phần D sẽ đài thọ - thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare đài thọ cho các loại thuốc chống buồn nôn dạng uống mà quý vị sử dụng như một phần trong phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được dùng trước, trong hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn dạng tiêm tĩnh mạch - một số loại thuốc uống điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) nếu cùng loại thuốc đó có dạng tiêm và quyền lợi ESRD Phần B đài thọ cho các loại thuốc đó - thuốc calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv, và thuốc uống Sensipar - một số loại thuốc dùng cho lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin (khi cần thiết về mặt y tế) và thuốc gây tê tại chỗ - chất kích thích tạo hồng cầu: Medicare đài thọ cho erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị mắc ESRD hoặc nếu quý vị cần loại thuốc này để điều trị tình trạng thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Procrit®) - globulin miễn dịch IV để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát - dinh dưỡng truyền qua tĩnh mạch và dinh dưỡng đường ruột (truyền tĩnh mạch và cho ăn qua ống) Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách thuốc Medicare Phần B có thể áp dụng trị liệu từng bước: www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Chúng tôi cũng đài thọ một số vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn theo quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D của chúng tôi.	

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chương 5 trong <i>Sổ Tay Thành Viên</i> của quý vị sẽ giải thích về quyền lợi thuốc theo toa ngoại trú của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được đài thọ thuốc theo toa. Chương 6 trong <i>Sổ Tay Thành Viên</i> 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.	
	Thẻ MyChoice Thẻ MyChoice là thẻ ghi nợ quyền lợi trả trước có thể được sử dụng để thanh toán các quyền lợi bổ sung của chương trình như: • Vật phẩm không theo toa • Thực Phẩm và Nông Sản* *Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Thẻ ghi nợ nạp tiền 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 đài thọ trong thẻ quyền lợi này. Tiền được nạp vào thẻ trong mỗi tháng. 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. Chỉ có thể sử dụng tiền trợ cấp trong thẻ MyChoice để tiếp cận các quyền 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 quyền lợi hoặc chi phí nào khác. Để biết thêm thông tin về quyền lợi OTC của quý vị hoặc cách thức đủ tiêu chuẩn cho Thực Phẩm và Nông Sản, và Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho 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 tiêu chuẩn; 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 quyền lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính” trong bảng này để biết thêm thông tin.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền lợi này.

	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 quyền lợi Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi đài thọ 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 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho dịch vụ tư vấn dinh dưỡng.

	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* 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, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn ngữ • liệu pháp hô hấp • thuốc được cung cấp cho quý vị như một phần trong chương trình 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 • quyền 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.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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
	Sàng lọc và trị liệu béo phì để giảm cân Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể 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, quyền 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 khám sàng lọc và trị liệu phòng ngừa béo phì.
	Dịch vụ chương trình điều trị opioid (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 rối loạn sử dụng chất kích thích • liệu pháp cá nhân và theo nhóm • xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính)	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ 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 opioid 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, dịch vụ và vật tư trị liệu 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	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư trị liệu. 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 ngoại trú tại bệnh viện* 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 - Dịch vụ theo dõi sẽ giúp bác sĩ biết liệu quý vị có cần nhập viện với tư cách “bệnh nhân nội trú” hay không. - Trong một vài trường hợp, quý vị có thể nằm viện qua đêm và vẫn là “bệnh nhân ngoại trú”. - Quý vị có thể xem thêm thông tin về bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú trong bảng thông tin này: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. - Xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm phòng thí nghiệm do bệnh viện tính 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 tính 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 quyền lợi - Một số thuốc mà quý vị không thể tự dùng	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. 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 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 • chuyên gia cố vấn được cấp phép (LPC) • chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình 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 tiêu chuẩn 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 Chương trình Medi-Cal của quý vị có các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa dành cho những cá nhân đủ tiêu chuẩn. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa này được đài thọ 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.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú. Có thể cần cho phép trước.
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú* Chúng tôi thanh toán cho liệu pháp vật lý, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn 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.	\$0 Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám liệu pháp vật lý (PT), trị liệu vận động (OT) và/hoặc ngôn ngữ nói (SP) ngoại trú. 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 dịch vụ điều trị rối loạn sử 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 tiêu chuẩn • 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 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho các dịch vụ rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú. Có thể cần cho phép trước.
	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.	\$0 Khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho mỗi trường hợp phẫu thuật ngoại trú được đài thọ, 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.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Vật phẩm không theo toa (OTC) (Bổ sung) Quý vị nhận \$100 mỗi 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 quyền lợi hàng tháng, số dư còn lại sẽ hết hạn và không chuyển sang tháng 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 OTC Quốc Gia (TTY 711), 24 giờ trong ngày, bảy ngày trong tuần, 365 ngày trong năm. • Qua đường bưu điện – Điền và gửi lại biểu mẫu trong danh mục sản phẩm. • Thông qua các địa điểm bán lẻ có tham gia. Tham khảo Danh mục sản phẩm OTC 2025 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 2025.	\$0 Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả chi phí nếu quý vị vượt quá số tiền trợ cấp hàng tháng tối đa. 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
	Chăm Sóc Giảm Đau Chăm sóc giảm đau được chương trình của chúng tôi đài thọ. Chăm sóc giảm đau dành cho những người mắc bệnh nghiêm trọng. Dịch vụ này chăm sóc tập trung vào gia đình và bệnh nhân giúp cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, ngăn ngừa và điều trị cơn đau. Chăm Sóc Giảm Đau không phải là chăm sóc cuối đời, do đó, quý vị không cần phải có tuổi thọ dự kiến là sáu tháng trở xuống để đủ tiêu chuẩn được chăm sóc giảm đau. Chăm sóc giảm đau được cung cấp tại cùng thời điểm với chăm sóc chữa bệnh/thông thường. Chăm sóc giảm đau bao gồm các nội dung sau đây: • lập kế hoạch chăm sóc trước • đánh giá và tư vấn về chăm sóc giảm đau • kế hoạch chăm sóc bao gồm tất cả các mục chăm sóc giảm đau và chữa bệnh được ủy quyền, bao gồm các dịch vụ sức khỏe tâm thần và y tế xã hội • dịch vụ từ nhóm chăm sóc được chỉ định của quý vị • điều phối chăm sóc • quản lý triệu chứng và cơn đau Quý vị có thể không được nhận cùng lúc dịch vụ chăm sóc giảm đau và chăm sóc cuối đời nếu quý vị trên 21 tuổi. Nếu quý vị đang được chăm sóc giảm đau và đáp ứng đủ điều kiện được chăm sóc cuối đời, quý vị có thể yêu cầu đổi sang chăm sóc cuối đời bất cứ lúc nào.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ chăm sóc giảm đau.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nằm viện bán phần và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu* Nằm viện bán phần là một chương trình có cấu trúc 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 của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép. 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 về liệu pháp sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm chăm sóc sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn Liên bang hoặc phòng khám y tế nông thôn với mức độ chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ, chuyên gia trị liệu, LMFT hoặc văn phòng của chuyên gia cố vấn được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn 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 đài thọ việc nằm viện bán phần như dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ nhập viện một phần được Medicare đài thọ. Quý vị phải đáp ứng một số yêu cầu nhất định để đủ tiêu chuẩn 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 của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần khám tại văn phòng 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 quyền lợi này ở trang tiếp theo	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền lợi này.

	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 <i>các quyền lợi bổ sung về khám sức khỏe từ xa</i>. - 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 dịch vụ khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ bằng phương thức khám sức khỏe từ xa. - 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: - quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên - quý vị có thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận được các dịch vụ khám sức khỏe từ xa này - có thể cấp trường hợp ngoại lệ đối với những dịch vụ trên trong một số trường hợp nhất định - 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. - dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được cung cấp bởi các chuyên gia trị liệu vận động (occupational therapist, OT), chuyên gia liệu pháp vật lý (physical therapist, PT), chuyên gia trị liệu ngôn ngữ-âm ngữ (SLP) và chuyên gia thính học - đăng ký trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu - quý vị không phải là bệnh nhân mới và - việc đăng ký không liên quan tới buổi thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và Quý vị có thể xem quyền lợi này ở trang tiếp theo	

	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) - 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: - quý vị không phải là bệnh nhân mới và - việc đánh giá không liên quan tới buổi thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - 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 đài thọ chỉ bao gồm: - Phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan - cố định gãy xương hàm hoặc xương mặt - nhổ răng trước khi xạ trị ung thư tân sinh - các dịch vụ sẽ được đài thọ với điều kiện do bác sĩ cung cấp	
	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	\$0 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 sẽ 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.

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình cũng như vật tư liên quan* Bộ phận giả thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Các bộ phận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo về việc sử dụng các thiết bị chỉnh hình và thiết bị bộ phận cơ thể giả • 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 gông • giày giả • tay và chân giả • 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 và dụng cụ chỉnh hình. 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 bảng này để biết thêm chi tiết.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi bộ phận giả hoặc dụng cụ 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.
	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.	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm 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 đài thọ 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 đài thọ 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 quyền 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)* 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, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn ngữ • thuốc quý vị nhận được như một phần trong chương trình 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 quản lý, phạm vi bảo hiểm bắt đầu với ba lít máu đầu tiên mà quý vị cần • 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	\$0 Quý vị không phải chi trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). 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 mà không cần 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.
	Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET)* Chúng tôi thanh toán SET cho các thành viên mắc bệnh động mạch vành ngoại biên (PAD) có triệu chứng 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 khắp khiêng) - diễn ra tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc tại văn phòng bác sĩ - được cung cấp bởi nhân viên đủ tiêu chuẩn 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	\$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho các lần 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 Chương trình sẽ đài thọ dịch vụ vận chuyển đưa đón quý vị đến các cuộc hẹn khám bệnh nếu đó là dịch vụ được đài thọ. Chương trình này bao gồm tối đa 12 chuyến đi một chiều mỗi năm. Cần có ủy quyền cho phép trước đối với các chuyến đi một chiều vượt quá 100 dặm. Các loại hình vận chuyển phi cấp cứu bao gồm: • Xe ô tô, xe tải, taxi hoặc dịch vụ đi chung xe nếu quý vị có thể đi bộ. • Xe ô tô có thang nâng xe lăn, nếu quý vị có khả năng di chuyển hạn chế. Khi hết quyền lợi này, nếu quý vị có bảo hiểm y tế Medicaid, quý vị có thể được hưởng quyền lợi vận chuyển phi cấp cứu của Medicaid, quyền lợi này sẽ chi trả cho các chuyến đi gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và các nhà cung cấp khác. Tham khảo Chương 3, Phần F để biết thêm thông tin.	\$0
	Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết 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 • bệnh tật không lường trước được, hoặc • chấn thương, hoặc • tình trạng cần được chăm sóc ngay lập tức. Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết, 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 đi đến một nhà cung cấp trong mạng lưới vì trong thời gian, địa điểm, hoặc 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 lường trước được nhưng không phải là trường hợp cấp cứu y tế). Như một quyền 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 cần thiết 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: điều này bao gồm khám mắt hàng năm cho bệnh võng mạc do tiểu đường cho những người mắc bệnh tiểu đường và điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi tác. Đối với người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: — Người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp — Người bị bệnh tiểu đường — Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên — Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Nếu 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 Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Nhãn Khoa Bổ Sung (VSP) để đem lại cho quý vị nhiều giá trị hơn ngoài 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 \$200 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 quyền 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 quyền 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 quyền lợi Medi-Cal của mình.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho quyền 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 đài thọ 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 đài thọ 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 quyền lợi bổ sung, bảo hiểm của quý vị bao gồm tối đa \$10,000 mỗi năm theo lịch cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu bên ngoài Hoa Kỳ (Mỹ). Quyền 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. Dịch vụ cứu thương được đài thọ 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 y tế của quý vị và hoàn cảnh cho phép. Không đài thọ chi phí vận chuyển trở lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác. Không đài thọ các thủ tục chăm sóc định kỳ và thủ thuật đã đặt lịch trước hoặc tự chọn. Không đài thọ 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.	\$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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc HOẶC phải nhận dịch vụ chăm sóc nội trú 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 thanh toán bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu/ khẩn cấp mà quý vị nhận được bên ngoài Hoa Kỳ. Khoản tiền tối đa của chương trình \$10,000 mỗi năm dương lịch áp dụng cho quyền lợi này.

E. Hỗ Trợ Cộng Đồng

Quý vị có thể nhận được hỗ trợ trong Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân của quý vị. Hỗ trợ cộng đồng là các dịch vụ hoặc cơ sở thay thế phù hợp về mặt y tế và tiết kiệm chi phí đối với những dịch vụ được đài thọ theo Chương trình Medi-Cal của Tiểu bang. Các dịch vụ này không bắt buộc thành viên phải nhận. Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn, các dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Các dịch vụ này không thay thế những quyền lợi mà quý vị nhận được theo Medi-Cal.

Dịch Vụ Điều Hướng Chuyển Đổi Nhà Ở: Hỗ trợ những thành viên đang ở tình trạng vô gia cư có được nhà ở bằng cách hỗ trợ các hạng mục như đơn đăng ký nhà ở, vận động quyền lợi, đảm bảo các nguồn lực sẵn có và hỗ trợ chủ nhà khi chuyển đến.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên được ưu tiên hưởng một căn nhà ở hỗ trợ lâu dài hoặc nguồn phụ cấp tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Tiếp Nhận Có Điều Phối (CES) dành cho người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự; hoặc
- Các thành viên khớp với định nghĩa về người vô gia cư của Bộ Nhà Ở và Phát Triển Đô Thị (HUD) và đang nhận Quản Lý Chăm Sóc Nâng Cao (ECM), hoặc mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng và/hoặc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện; hoặc
- Các thành viên khớp với định nghĩa của HUD là có nguy cơ vô gia cư theo định nghĩa trong Phần 91.5 của Tiêu đề 24 của Bộ Luật Quy Định Liên Bang; hoặc
- Các thành viên có nguy cơ trở thành người vô gia cư và mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng; mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng; có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc dùng thuốc quá liều hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc mắc Rối Loạn Cảm Xúc Nghiêm Trọng (trẻ em và thanh thiếu niên); đang nhận ECM; hoặc là Thanh Thiếu Niên trong độ tuổi chuyển tiếp có những rào cản lớn trong việc an cư, chẳng hạn như một hoặc nhiều bản án, từng là trẻ trong hệ thống nuôi dưỡng thay thế, có liên quan đến hệ thống tư pháp vị thành niên hoặc tư pháp hình sự, và/hoặc mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc là trẻ em hoặc thanh thiếu niên mắc chứng rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và/hoặc là nạn nhân của nạn buôn người hoặc bạo lực gia đình.

Đặt Cọc Nhà Ở: Hỗ trợ những thành viên đang ở tình trạng vô gia cư trong việc xác định, điều phối, đảm bảo hoặc tài trợ các dịch vụ một lần và các sửa đổi cần thiết để giúp một người có thể thiết lập một hộ gia đình cơ bản, nội dung này không gồm phòng ở và bữa ăn. Các dịch vụ này phải được xác định là hợp lý và cần thiết trong kế hoạch hỗ trợ nhà ở cá nhân hóa cho từng cá nhân và chỉ được cung cấp khi thành viên không có khả năng chi trả chi phí đó. Các thành viên phải đang nhận hoặc được giới thiệu đến Dịch Vụ Điều Hướng Chuyển Đổi Nhà Ở CS.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên đã nhận được Dịch Vụ Điều Hướng Chuyển Đổi Nhà Ở CS; hoặc
- Những thành viên được ưu tiên hưởng một căn nhà ở hỗ trợ lâu dài hoặc nguồn phụ cấp tiền thuê nhà thông qua CES dành cho người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự; hoặc
- Các thành viên khớp với định nghĩa về người vô gia cư của HUD và đang nhận ECM, hoặc mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng và/hoặc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện.
- Hạn Chế/Giới Hạn: Một lần suốt đời. Đặt Cọc Nhà Ở chỉ được phê duyệt thêm một lần nữa. Người giới thiệu phải cung cấp tài liệu chứng minh các điều kiện đã thay đổi để cho thấy lý do Đặt Cọc Nhà Ở sẽ thành công hơn trong lần thứ hai này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Dịch Vụ Thuê Nhà và Duy Trì Nhà Ở: Cung cấp dịch vụ thuê nhà và duy trì nhà ở để duy trì nơi cư trú an toàn và ổn định sau khi đã đảm bảo được nhà ở cho những thành viên từng trải qua tình trạng vô gia cư và hiện đã có nhà ở mới.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên đã nhận được Dịch Vụ Điều Hướng Chuyển Đổi Nhà Ở CS; hoặc
- Những thành viên được ưu tiên hưởng một căn nhà ở hỗ trợ lâu dài hoặc nguồn phụ cấp tiền thuê nhà thông qua CES dành cho người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự; hoặc
- Các thành viên khớp với định nghĩa về người vô gia cư của HUD và đang nhận ECM, hoặc mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng và/hoặc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện; hoặc
- Các thành viên khớp với định nghĩa của HUD là có nguy cơ vô gia cư theo định nghĩa trong Phần 91.5 của Tiêu đề 24 của Bộ Luật Quy Định Liên Bang; hoặc
- Các thành viên có nguy cơ trở thành người vô gia cư và mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng; mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng; có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc dùng thuốc quá liều hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc mắc Rối Loạn Cảm Xúc Nghiêm Trọng (trẻ em và thanh thiếu niên); đang nhận ECM; hoặc là Thanh Thiếu Niên trong độ tuổi chuyển tiếp có những rào cản lớn trong việc an cư, chẳng hạn như một hoặc nhiều bản án, từng là trẻ trong hệ thống nuôi dưỡng thay thế, có liên quan đến hệ thống tư pháp vị thành niên hoặc tư pháp hình sự, và/hoặc mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc là trẻ em hoặc thanh thiếu niên mắc chứng rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và/hoặc là nạn nhân của nạn buôn người hoặc bạo lực gia đình.
- Hạn Chế/Giới Hạn: Dịch Vụ Thuê Nhà và Duy Trì Nhà Ở chỉ có hiệu lực trong một thời hạn duy nhất trong suốt cuộc đời của cá nhân và có thể được chấp thuận thêm một lần nữa. Người giới thiệu phải cung cấp tài liệu chứng minh các điều kiện đã thay đổi để cho thấy lý do Dịch Vụ Thuê Nhà và Duy Trì Nhà Ở sẽ thành công hơn trong lần thứ hai này.

Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Xuất Viện: Các thành viên không có nơi cư trú và có nhu cầu cao về sức khỏe y tế hoặc hành vi với cơ hội tiếp tục phục hồi y tế/tâm thần/rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngay sau khi rời khỏi bệnh viện nội trú, cơ sở điều trị hoặc phục hồi rối loạn sử dụng chất gây nghiện, cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần, cơ sở cai huấn, cơ sở điều dưỡng hoặc chăm sóc phục hồi chức năng và tránh sử dụng thêm các dịch vụ trong chương trình của Tiểu Bang.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên có nhu cầu về sức khỏe y tế/hành vi khiến họ trở thành người vô gia cư khi xuất viện khỏi bệnh viện, cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần hoặc sử dụng chất gây nghiện, cơ sở cai huấn, cơ sở điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc phục hồi chức năng có khả năng phải nhập viện, tái nhập viện hoặc tái nhập cơ sở; hoặc
- Các thành viên rời khỏi chương trình chăm sóc phục hồi chức năng; hoặc
- Các thành viên rời khỏi bệnh viện nội trú (bệnh viện chăm sóc cấp tính, tâm thần hoặc bệnh viện Cai Nghiện và Phục Hồi Sau Nghiện Dược Chất), cơ sở lưu trú điều trị/phục hồi rối loạn sử dụng chất gây nghiện, cơ sở lưu trú điều trị sức khỏe tâm thần, cơ sở cai huấn hoặc cơ sở điều dưỡng VÀ đáp ứng một trong ba (3) tiêu chí sau:
- Các thành viên khớp với định nghĩa về người vô gia cư của HUD và đang nhận ECM, hoặc mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng và/hoặc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện; hoặc

Chăm Sóc Phục Hồi (Nghỉ Ngơi Y Tế): Các thành viên cần chăm sóc lưu trú ngắn hạn, không còn phải nhập viện nhưng vẫn cần hồi phục sau chấn thương hoặc bệnh tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe hành vi) và tình trạng của họ sẽ trở nên trầm trọng hơn do môi trường sống không ổn định. Phải cung cấp thông tin lâm sàng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên có nguy cơ phải nhập viện hoặc đã xuất viện và sống một mình mà không có sự hỗ trợ chính thức nào; hoặc phải đối mặt với tình trạng mất an ninh nhà ở hoặc có nhà ở có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe và sự an toàn của họ nếu không được điều chỉnh; hoặc
- Các thành viên khớp với định nghĩa về người vô gia cư của Bộ Nhà Ở và Phát Triển Đô Thị (HUD) và đang nhận Quản Lý Chăm Sóc Nâng Cao (ECM), hoặc mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng và/hoặc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện; hoặc
- Các thành viên đáp ứng định nghĩa của HUD về nguy cơ trở thành người vô gia cư; hoặc
- Các thành viên có nguy cơ trở thành người vô gia cư và mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng; mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng; có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc dùng thuốc quá liều hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc mắc Rối Loạn Cảm Xúc Nghiêm Trọng (trẻ em và thanh thiếu niên); đang nhận ECM; hoặc là Thanh Thiếu Niên trong độ tuổi chuyển tiếp có những rào cản lớn trong việc an cư, chẳng hạn như một hoặc nhiều bản án, từng là trẻ trong hệ thống nuôi dưỡng thay thế, có liên quan đến hệ thống tư pháp vị thành niên hoặc tư pháp hình sự, và/hoặc mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc là trẻ em hoặc thanh thiếu niên mắc chứng rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và/hoặc là nạn nhân của nạn buôn người hoặc bạo lực gia đình.
- Hạn Chế/Giới Hạn: Chăm sóc phục hồi chức năng không quá chín mươi (90) ngày liên tục. Thời gian chăm sóc phục hồi chức năng chín mươi (90) ngày có thể bắt đầu lại nếu thành viên nhập viện trở lại với chẩn đoán khác trong và/hoặc sau thời gian ủy quyền cho phép chín mươi (90) ngày ban đầu, với điều kiện đáp ứng các tiêu chí chăm sóc phục hồi.

Dịch Vụ Chăm Sóc Nghỉ Ngơi: Cung cấp cho người chăm sóc khi hữu ích và cần thiết để thành viên có thể vẫn được ở nhà riêng của họ và để phòng trường hợp người chăm sóc bị kiệt sức, nhằm tránh phải sử dụng các dịch vụ tại cơ sở chăm sóc. Các dịch vụ này được cung cấp trong thời gian ngắn do người chăm sóc vắng mặt hoặc cần sự hỗ trợ và về bản chất là phi y tế. Dịch vụ này chỉ dành cho người chăm sóc và nhằm mục đích tránh việc phải sắp xếp vào các Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn.

- Các thành viên khớp với định nghĩa của HUD là có nguy cơ vô gia cư theo định nghĩa trong Phần 91.5 của Tiêu đề 24 của Bộ Luật Quy Định Liên Bang; hoặc
- Các thành viên có nguy cơ trở thành người vô gia cư và mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng; mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng; có nguy cơ phải vào cơ sở chăm sóc hoặc dùng thuốc quá liều hoặc phải có các dịch vụ lưu trú do rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc mắc Rối Loạn Cảm Xúc Nghiêm Trọng (trẻ em và thanh thiếu niên); đang nhận ECM; hoặc là Thanh Thiếu Niên trong độ tuổi chuyển tiếp có những rào cản lớn trong việc an cư, chẳng hạn như một hoặc nhiều bản án, từng là trẻ trong hệ thống nuôi dưỡng thay thế, có liên quan đến hệ thống tư pháp vị thành niên hoặc tư pháp hình sự, và/hoặc mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và/hoặc là trẻ em hoặc thanh thiếu niên mắc chứng rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và/hoặc là nạn nhân của nạn buôn người hoặc bạo lực gia đình.
- Hạn Chế/Giới Hạn: Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Khi Xuất Viện chỉ được cung cấp một lần suốt đời và không được quá sáu (6) tháng (nhưng có thể được cho phép trong thời gian ngắn hơn tùy theo nhu cầu của thành viên).

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên sống trong cộng đồng và gặp hạn chế trong các Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày (ADL) đòi hỏi phải phụ thuộc vào người chăm sóc đủ tiêu chuẩn, đồng thời người chăm sóc đủ tiêu chuẩn là người hỗ trợ phần lớn cho thành viên cần người chăm sóc thay thế để tránh phải sắp xếp cho thành viên vào cơ sở chăm sóc; hoặc
- Thành Viên là trẻ em trước đây đã nhận Dịch Vụ Chăm Sóc Nghỉ Ngơi theo chương trình Miễn Trừ Chăm Sóc Giảm Đau Cho Trẻ.

- Hạng Chế/Giới Hạn: Các dịch vụ này, kết hợp với bất kỳ dịch vụ chăm sóc trực tiếp nào đang nhận, không được vượt quá 24 giờ chăm sóc mỗi ngày. Dịch Vụ Chăm Sóc Nghỉ Ngơi được cung cấp tối đa 336 giờ mỗi năm theo lịch.

Chương Trình Phục Hồi Chức Năng Ban Ngày: Được cung cấp tại nhà của thành viên hoặc một môi trường bên ngoài nhà của thành viên, không phải là cơ sở chăm sóc, để hỗ trợ thành viên có được, duy trì và cải thiện các kỹ năng tự phục vụ, giao tiếp xã hội và thích nghi cần thiết để sinh sống tốt trong môi trường tự nhiên của thành viên.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên đang ở trong tình trạng vô gia cư; hoặc
- Các thành viên đã thoát khỏi tình trạng vô gia cư và có nhà ở trong vòng 24 tháng qua; hoặc
- Những thành viên có nguy cơ vô gia cư hoặc phải vào cơ sở chăm sóc nhưng có thể cải thiện được tình trạng ổn định nhà ở thông qua việc tham gia chương trình phục hồi chức năng ban ngày.

Chuyển Đổi từ Cơ Sở Điều Dưỡng/Chuyển Sang Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt, chẳng hạn như Cơ Sở Chăm Sóc Nội Trú cho Người Cao Tuổi và Cơ Sở Nội Trú cho Người Lớn: Hỗ trợ các thành viên sống trong cộng đồng và/hoặc tránh phải sắp xếp vào cơ sở chăm sóc nếu có thể. Tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển đổi từ cơ sở điều dưỡng về môi trường cộng đồng giống như ở nhà và/hoặc tránh việc phải vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn cho các thành viên có nhu cầu cấp thiết về mức độ chăm sóc (level of care, LOC) của điều dưỡng. Các thành viên có lựa chọn sống tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt thay cho việc sắp xếp ở lại lâu dài tại cơ sở điều dưỡng khi họ đáp ứng các yêu cầu về điều kiện hội đủ. Phải khai thác và sử dụng Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT) trước khi sử dụng Hỗ Trợ Cộng Đồng này.

Điều Kiện Hội Đủ:

Chuyển Tiếp Từ Cơ Sở Điều Dưỡng:

- Đã cư trú tại cơ sở điều dưỡng hơn 60 ngày; và sẵn sàng sống tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt thay cho cơ sở điều dưỡng; và có thể cư trú an toàn tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt nhờ các hỗ trợ phù hợp và tối ưu chi phí.

Chuyển Đổi Cơ Sở Điều Dưỡng:

- Muốn ở lại cộng đồng; và sẵn sàng cũng như có khả năng cư trú an toàn tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt với các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp và tối ưu chi phí; đồng thời phải đang nhận LOC cơ sở điều dưỡng cần thiết về mặt y tế hoặc đáp ứng các tiêu chí tối thiểu để nhận LOC cơ sở điều dưỡng, và thay vì sắp xếp vào cơ sở, sẽ chọn ở lại cộng đồng và tiếp tục nhận LOC cơ sở điều dưỡng cần thiết về mặt y tế tại một cơ sở hỗ trợ sinh hoạt.

Hạng Chế/Giới Hạn: Các thành viên phải trực tiếp chịu trách nhiệm chi trả chi phí sinh hoạt của mình.

Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng/Chuyển Đổi Cơ Sở Điều Dưỡng sang Tại Nhà: Hỗ trợ các thành viên đang sống trong cơ sở điều dưỡng để họ sống trong cộng đồng và tránh phải tiếp tục vào cơ sở chăm sóc bằng cách hỗ trợ các thành viên để có thể ở tại nơi cư trú riêng và chi trả các chi phí thiết lập không thường xuyên.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên đang nhận các dịch vụ ở mức độ chăm sóc (LOC) cơ sở điều dưỡng cần thiết về mặt y tế thay cho việc ở lại cơ sở điều dưỡng hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Thay Thế Cho Cơ Sở Y Tế, đang chọn chuyển về tại nhà và tiếp tục nhận các dịch vụ LOC cơ sở điều dưỡng cần thiết về mặt y tế; và
 - Đã sống hơn 60 ngày tại viện điều dưỡng và/hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Thay Thế Cho Cơ Sở Y Tế; và
 - Muốn quay trở lại cộng đồng; và
 - Có thể cư trú an toàn trong cộng đồng nhờ hỗ trợ và dịch vụ phù hợp và tiết kiệm chi phí.

- **Hạn Chế/Giới Hạn:** Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng/Chuyển Đổi Cơ Sở Điều Dưỡng sang Tại Nhà có sẵn một lần trọn đời đối với một cá nhân với giới hạn suốt đời là \$7,500. Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng/Chuyển Đổi Cơ Sở Điều Dưỡng sang Tại Nhà chỉ có thể được phê duyệt thêm một lần nữa. Người giới thiệu phải cung cấp tài liệu chứng minh rằng thành viên bị buộc phải chuyển từ nơi cư trú do nhà cung cấp điều hành sang nơi sinh sống tại nhà riêng do các trường hợp nằm ngoài tầm kiểm soát của họ.

Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng không bao gồm chi phí thuê nhà hoặc tiền trả khoản vay thế chấp hằng tháng, thực phẩm, chi phí tiện ích thông thường và/hoặc các thiết bị gia dụng hoặc các mặt hàng chỉ nhằm mục đích tiêu khiển/giải trí.

Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân và Dịch Vụ Nội Trợ: Cung cấp dịch vụ chăm sóc cho các thành viên cần hỗ trợ trong các Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày (ADL) và các Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày Sử Dụng Công Cụ (IADL).

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên có nguy cơ phải nhập viện hoặc phải vào cơ sở điều dưỡng hoặc bị khiếm khuyết chức năng và không có hệ thống hỗ trợ đầy đủ nào khác với:
 - Nhu cầu vượt quá bất kỳ số giờ Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) nào được quận chấp thuận khi phải cần thêm giờ (đang chờ đánh giá lại); hoặc
 - Ban đầu được giới thiệu đến IHSS và trong giai đoạn chờ của IHSS để được chấp thuận và thuê người chăm sóc (Thành viên trước đó phải được giới thiệu đến Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà); hoặc
 - Các thành viên không đủ điều kiện nhận Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà và cần trợ giúp để tránh phải lưu trú ngắn hạn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn không quá 60 ngày.

Điều Chỉnh Khả Năng Tiếp Cận Với Môi Trường (Sửa Nhà): Các điều chỉnh vật lý tại nhà cần thiết để đảm bảo sức khỏe, phúc lợi và sự an toàn của thành viên, hoặc cho phép thành viên hoạt động độc lập hơn tại nhà: để thành viên không phải vào cơ sở chăm sóc.

Điều Kiện Hội Đủ:

Các thành viên có nguy cơ phải vào cơ sở điều dưỡng.

- **Hạn Chế/Giới Hạn:** EAA được thanh toán tối đa bằng mức tối đa trọn đời là \$7500. Ngoại lệ duy nhất đối với mức tối đa là \$7500 nếu nơi cư trú của thành viên thay đổi hoặc nếu tình trạng của thành viên đã thay đổi đáng kể đến mức những sửa đổi bổ sung đó là cần thiết để đảm bảo sức khỏe, phúc lợi và sự an toàn của thành viên hoặc là cần thiết để cho phép thành viên sinh hoạt độc lập hơn tại nhà và tránh phải vào cơ sở chăm sóc hoặc nhập viện.

Thực Phẩm/Bữa Ăn Hỗ Trợ Phương Pháp Y Tế/Bữa Ăn Tùy Chỉnh Theo Phương Pháp Y Tế: Cung cấp bữa ăn cho các thành viên mới xuất viện hoặc rời khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc đáp ứng nhu cầu chế độ ăn đặc biệt của các thành viên mắc bệnh mạn tính.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên đã xuất viện hoặc rời khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc vào viện điều dưỡng được giới thiệu và đáp ứng các tiêu chí sẽ nhận được tối đa hai (2) bữa ăn mỗi ngày và/hoặc thực phẩm hỗ trợ y tế trong tối đa bốn (4) tuần cho mỗi lần nhập viện, tối đa là mười hai (12) tuần trong một năm theo lịch.
- Những người mắc bệnh mạn tính, bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh tiểu đường, rối loạn tim mạch, suy tim sung huyết, đột quỵ, rối loạn phổi mạn tính, virus suy giảm miễn dịch ở người (HIV), ung thư, tiểu đường thai kỳ hoặc các tình trạng nguy cơ cao khác trong chu kỳ sinh, và các rối loạn sức khỏe tâm thần/hành vi mạn tính hoặc gây tàn tật.

Trung Tâm Tinh Rượu: Cung cấp các điểm đến thay thế cho các thành viên bị phát hiện say xỉn ở nơi công cộng (do rượu và/hoặc các loại ma túy khác) và nếu không sẽ được đưa đến khoa cấp cứu hoặc nhà tù. Dịch vụ được đài thọ trong khoảng thời gian dưới 24 giờ.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên từ 18 tuổi trở lên, say xỉn nhưng vẫn tỉnh táo, hợp tác, có thể đi lại, không hung hăng và không gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào (bao gồm các triệu chứng cai rượu/thuốc đe dọa đến tính mạng hoặc các triệu chứng tiềm ẩn rõ ràng) và những người sẽ được đưa đến khoa cấp cứu hoặc nhà tù hoặc những người đã đến khoa cấp cứu và phù hợp để được chuyển đến Trung Tâm Tinh Rượu.

Chữa Hen Suyễn: Hỗ trợ các thành viên bằng cách xác định, điều phối, bảo đảm hoặc tài trợ các dịch vụ và sửa đổi cần thiết cho môi trường gia đình để đảm bảo sức khỏe, phúc lợi và sự an toàn của cá nhân hoặc để cho phép cá nhân sinh sống tại nhà mà không gặp phải những cơn hen suyễn cấp tính có thể khiến họ cần cấp cứu và nhập viện. Giấy giới thiệu phải có chữ ký của một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép.

Điều Kiện Hội Đủ:

- Các thành viên bị hen suyễn có kiểm soát kém (được xác định qua một lần khám cấp cứu hoặc nhập viện hoặc hai lần khám với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) hoặc khám cấp cứu trong 12 tháng gần nhất hoặc có điểm số 19 trở xuống trong Bài Kiểm Tra Kiểm Soát Hen Suyễn) và được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép ghi nhận rằng các dịch vụ này có thể giúp họ tránh nhập viện liên quan đến hen suyễn, các lần khám cấp cứu hoặc các dịch vụ có chi phí cao khác.
- Hạn Chế/Giới Hạn: Phải khai thác và sử dụng nguồn tài trợ cho Dự Án Giảm Nhẹ Hen Suyễn trước khi sử dụng CS. Mỗi cá nhân được nhận Giảm Nhẹ Hen Suyễn một lần duy nhất trong với mức tối đa trọn đời là \$7,500. Giảm Nhẹ Hen Suyễn chỉ được phê duyệt thêm một lần nữa. Người giới thiệu phải cung cấp các tài liệu mô tả thay đổi quan trọng về tình trạng dẫn đến cần phải có những sửa đổi bổ sung để đảm bảo sức khỏe, phúc lợi và sự an toàn của thành viên hoặc là cần thiết để cho phép thành viên sinh hoạt độc lập hơn tại nhà và tránh phải vào cơ sở chăm sóc hoặc nhập viện.

Mọi Hỗ Trợ Cộng Đồng, ngoại trừ Trung Tâm Tinh Rượu, đều phải được Molina chấp thuận trước.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu quý vị có thể nhận được loại Hỗ Trợ Cộng Đồng nào, hãy gọi (888) 665-4621, TTY: 711 hoặc gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

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

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

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

Chương Trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT) sử dụng các Tổ Chức Hàng Đầu tại địa phương để trợ giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện sống tại một cơ sở nội trú trong ít nhất 90 ngày liên tiếp, chuyển về môi trường cộng đồng và an toàn ở tại đó. 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 thụ hưởng đủ điều kiện chuyển về môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ Tổ Chức Hàng Đầu CCT bất kỳ hoạt động ở quận mà quý vị sinh sống. Quý vị có thể tìm thấy danh sách Tổ Chức Hàng Đầu CCT và quận nơi các tổ chức này hoạt động trên trang web của Department of Health Care Services 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Đối với dịch vụ không liên quan đến việc 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 Quyền lợi trong **Phần D**.

Không có thay đổi nào về quyền lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** bao gồm thuốc. Quý vị tiếp tục nhận quyền 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 dịch vụ chăm sóc không phải là CCT, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của mình để sắp xếp dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến quá trình chuyển tiếp của quý vị từ một tổ chức/cơ sở.

F2. Nha Khoa Medi-Cal

Nha Khoa Medi-Cal có sẵn các dịch vụ nha khoa nhất định. Xem thêm thông tin trên trang web SmileCalifornia.org. 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

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các phúc lợi nha khoa có sẵn trong Nha Khoa Medi-Cal, 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 số 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Người đại diện 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 cũng có thể truy cập trang web smilecalifornia.org/ để biết thêm thông tin.

Ở các quận Sacramento và Los Angeles, quý vị có thể nhận được các phúc lợi nha khoa Medi-Cal thông qua chương trình Chăm Sóc Nha Khoa Có Quản Lý (DMC). Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa Medi-Cal hoặc muốn có những thay đổi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077), thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí. Thông tin liên hệ của DMC cũng có sẵn tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. <http://www.hpsm.org/dental>

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.

F3. Chăm sóc cuối đời

Quý vị có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế dịch vụ chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có 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.

Tham khảo 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời tinh hóa đơn các dịch vụ của quý vị cho Medicare. 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 các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ mà không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị

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

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

- Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi sẽ không bao giờ đài thọ cùng lúc cho các loại thuốc. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị mắc bệnh nghiêm trọng, quý vị có thể đủ điều kiện được chăm sóc giảm đau, cung cấp dịch vụ chăm sóc theo nhóm tập trung vào bệnh nhân và gia đình để cải thiện chất lượng cuộc sống của quý vị. Quý vị có thể được chăm sóc giảm đau cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/định kỳ. Vui lòng xem phần Chăm Sóc Giảm Đau ở trên để biết thêm thông tin.

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

F4. 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 điều dưỡng 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), cùng đi tới các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ đối với người gặp vấn đề về tâm thần.
- Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký nhận IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị. Để biết thông tin về cơ quan dịch vụ xã hội cụ thể theo quận, hãy truy cập <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices>

F5. Các Chương Trình Miễn Trừ 1915(c) Dịch Vụ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng (HCBS)

Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (Assisted Living Waiver, ALW)

- Chương trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (ALW) cung cấp cho những người thụ hưởng đủ điều kiện nhận Medi-Cal lựa chọn nơi cư trú trong một môi trường được hỗ trợ sinh hoạt như một giải pháp thay thế cho việc vào một cơ sở điều dưỡng dài hạn. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng và giống như ở nhà hoặc ngăn ngừa nguy cơ phải vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn đối với những người thụ hưởng sắp có nhu cầu cần đưa vào cơ sở điều dưỡng.
- Các thành viên đã ghi danh ALW có thể tiếp tục ghi danh ALW mà vẫn tiếp tục được hưởng quyền lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với Điều Phối Viên Chăm Sóc của ALW để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký ALW. Để biết thêm thông tin về việc tham gia đại diện điều phối chăm sóc của ALW, hãy truy cập dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

Miễn trừ HCBS dành cho cư dân California bị khuyết tật phát triển (HCBS-DD)

Miễn trừ dành cho người bị khuyết tật phát triển trong Chương trình tự quyết định (SDP) của California

- Có hai chương trình miễn trừ 1915(c), Miễn trừ HCBS-DD và Miễn trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho những người được chẩn đoán mắc tình trạng khuyết tật phát triển bắt đầu xuất hiện trước sinh nhật 18 tuổi của cá nhân đó và dự kiến sẽ tiếp tục mãi mãi. Cả hai chương trình miễn trừ đều là cách để tài trợ cho một số dịch vụ nhất định nhằm cho phép người bị khuyết tật phát triển có thể sinh hoạt tại nhà hoặc trong cộng đồng thay vì ở tại một cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho các dịch vụ này được chương trình Medicaid của chính phủ liên bang và Tiểu bang California đồng tài trợ. Điều phối viên chăm sóc có thể giúp kết nối quý vị với các dịch vụ Miễn Trừ DD.

Miễn trừ giải pháp thay thế tại nhà và tại cộng đồng (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- Chương trình Miễn trừ HCBA cung cấp các dịch vụ quản lý chăm sóc cho những người có nguy cơ phải vào viện điều dưỡng hoặc cơ sở y tế. Các dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi Nhóm quản lý chăm sóc đa ngành bao gồm điều dưỡng và nhân viên xã hội. Nhóm này sẽ 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 tại 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 thuộc sở hữu tư nhân, được bảo đảm thông qua hợp đồng thuê nhà hoặc nơi cư trú của thành viên gia đình của người tham gia.
- Các thành viên đã ghi danh Miễn trừ HCBA có thể tiếp tục ghi danh Miễn trừ HCBA mà vẫn tiếp tục được hưởng quyền lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với cơ quan miễn trừ HCBA để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký HCBA. Để biết thông tin về các cơ quan HCBA tại địa phương, hãy truy cập [dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)

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

- Chương trình miễn trừ Medi-Cal (MCWP) cung cấp các dịch vụ quản lý hồ sơ toàn diện và chăm sóc trực tiếp cho những người nhiễm HIV như một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý hồ sơ là phương pháp tiếp cận theo nhóm, lấy người tham gia làm trung tâm, gồm một điều dưỡng và người quản lý hồ sơ công tác xã hội đã đăng ký. Người quản lý hồ sơ làm việc với người tham gia và (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, gia đình, (những) người chăm sóc và các nhà cung cấp dịch vụ khác để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ người tham gia ở tại nhà và cộng đồng của họ.
- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng cho người nhiễm HIV, những người có thể cần các dịch vụ tại cơ sở; (2) hỗ trợ người tham gia quản lý tình trạng sức khỏe trong thời gian mắc HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ sức khỏe hành vi và hỗ trợ xã hội và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ tình trạng cung cấp dịch vụ trùng lặp.
- Các thành viên đã ghi danh Miễn trừ MCWP có thể tiếp tục ghi danh Miễn trừ MCWP mà vẫn tiếp tục được hưởng quyền lợi từ chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác cùng với cơ quan miễn trừ MCWP để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký MCWP. Để có danh bạ các cơ quan MCWP, hãy truy cập cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Chương trình dịch vụ đa mục đích dành cho người cao tuổi (MSSP)

- Chương trình dịch vụ đa mục đích dành cho người cao tuổi (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 có được Dịch vụ hỗ trợ tại nhà, MSSP còn điều phối dịch vụ chăm sóc 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 giảm thiểu 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 chương trình 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 nhà tại nhà
 - các dịch vụ hỗ trợ làm việc nhà, chăm sóc cá nhân, và giám sát bảo vệ
 - dịch vụ chăm sóc tạm thời
 - 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 có thể tiếp tục ghi danh Miễn trừ MSSP mà vẫn tiếp tục được hưởng quyền 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.
- Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký MSSP. Để biết thông tin về các nhà cung cấp của MSSP, hãy truy cập https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/

F6. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Của Quận Được Cung Cấp Bên Ngoài Chương Trình Của Chúng Tôi (Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Và Điều Trị 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 về rối loạn sử dụng chất kích thích của quận, nhưng các dịch vụ này có sẵn cho quý vị thông qua các cơ quan bảo hiểm sức khỏe hành vi của quận.

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 hỗ trợ của người đồng cảnh ngộ
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc chuyên sâu
- dịch vụ chuyên sâu tại nhà

Các dịch vụ của Chương Trình Cung Cấp Có Tổ Chức Các Dịch Vụ Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Dược Chất Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System) được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan sức khỏe hành vi tại quận của quý vị nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ này. Các dịch vụ Drug Medi-Cal được cung cấp bởi quận của quý vị bao gồm:

- các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện tại nhà sau sinh
- các dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị narcotic
- thuốc điều trị tình trạng nghiện (còn được gọi là Điều trị có sử dụng thuốc hỗ trợ)
- các dịch vụ hỗ trợ của người đồng cảnh ngộ

Chương Trình Cung Cấp Có Tổ Chức Các Dịch Vụ Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Dược Chất Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services) bao gồm:

- các dịch vụ điều trị ngoại trú
- các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- dịch vụ nằm viện bán phần
- thuốc điều trị tình trạng nghiện (còn được gọi là Điều trị có sử dụng thuốc hỗ trợ)
- các dịch vụ điều trị nội trú
- dịch vụ kiểm soát triệu chứng thiếu thuốc
- chương trình điều trị narcotic
- dịch vụ hồi phục
- điều phối chăm sóc
- các dịch vụ hỗ trợ của người đồng cảnh ngộ

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 điều dưỡng. 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 bảo hiểm sức khỏe tâm thần (MHP) của quận, Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus có thể giúp giới thiệu quý vị đến nguồn lực phù hợp của quận 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 Quận. Tham khảo các số điện thoại của quận phù hợp trong thông tin dưới đây.

Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa (Specialty Mental Health Services)

Sở Sức Khỏe Tâm Thần Quận Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health) 1-800-854-7771
Hệ Thống Sức Khỏe Đại Học Riverside – Sức Khỏe Hành Vi (Riverside University Health System – Behavioral Health) 1-800-499-3008

Sở Sức Khỏe Tâm Thần Quận San Bernardino (San Bernardino County Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478

Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Quận San Diego (San Diego County Behavioral Health Services) 1-888-724-7240

Dịch vụ Medi-Cal về Thuốc

Sở Y Tế Công Cộng Quận Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health) 1-844-804-7500
Hệ Thống Sức Khỏe Đại Học Riverside – Sức Khỏe Hành Vi (Riverside University Health System – Behavioral Health) 1-800-499-3008

Sở Sức Khỏe Tâm Thần Quận San Bernardino (San Bernardino County Department of Behavioral Health) 1-888-724-7240

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

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

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật phẩm không được chúng tôi đài thọ 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 quyền 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 đài thọ, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Để biết thêm thông tin về kháng nghị, hãy 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 Quyền Lợi, chương trình của chúng tôi không đài thọ 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 được liệt kê dưới dạng dịch vụ được đài thọ

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- điều trị ngoại khoa và y khoa, vật phẩm và thuốc thử nghiệm, trừ khi được Medicare hay chương trình của chúng tôi đài thọ, hoặc được đài thọ 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 phẫu thuật cho bệnh béo phì nghiêm trọng, trừ khi việc điều trị này cần thiết về mặt y tế và Medicare đồng ý chi trả
- một phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế
- y tá chăm sóc riêng
- 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 tính cho người thân hoặc thành viên trong hộ gia đình của quý vị
- 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
- chăm sóc nắn bóp cột sống, 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 quyền 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
- mổ mắt keratotomy xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác
- đảo ngược thủ thuật triệt sản
- dịch vụ chữa bệnh 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 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. Những loại thuốc này nằm trong danh mục thuốc được đài thọ thuộc Medicare Phần D và Medi-Cal. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong Sổ Tay Thành Viên của quý vị.

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

- **Thuốc được Medicare Phần A đài thọ.** 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 đài thọ.** 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 đài thọ theo Medicare Phần B, tham khảo Bảng quyền lợi ở **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.
- Ngoài Medicare Phần D và bảo hiểm quyền 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 đài thọ 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 (bác sĩ, nha sĩ, hoặc người kê toa khác) kê toa thuốc cho quý vị, toa thuốc này phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Họ cũng có thể là nhà cung cấp khác nếu PCP đã giới thiệu quý vị đến nhận 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. Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình.

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

- Nếu thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc*, có thể chúng tôi sẽ cho phép ngoại lệ và đài thọ cho quý vị.
- 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 đài thọ 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 Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt hoặc được một số tài liệu y khoa tham khảo ủng hộ. Người kê toa của quý vị có thể giúp xác định các tài liệu tham khảo y tế để ủng hộ việc sử dụng thuốc theo toa theo yêu cầu.

Thuốc của quý vị có thể phải được chấp thuận trước khi chúng tôi đài thọ. Tham khảo **Phần C** của chương này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Mục Lục

A. Nhận thuốc theo toa	115
A1. Mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới	115
A2. Sử dụng Thẻ ID thành viên của quý vị khi mua thuốc theo toa	115
A3. Việc cần làm nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới	115
A4. Việc cần làm nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới	115
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên biệt	116
A6. Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện để nhận thuốc	116
A7. Nhận thuốc dài hạn	117
A8. Sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi	117
A9. Hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc theo toa	118
B. <i>Danh Sách Thuốc</i> của chương trình chúng tôi	118
B1. Thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i>	118
B2. Làm thế nào để tìm thấy một loại thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i>	119
B3. Thuốc không nằm trong <i>Danh Sách Thuốc</i>	119
B4. Các bậc chia sẻ chi phí <i>Danh Sách Thuốc</i>	120
C. Giới hạn đối với một số thuốc	120
D. Các nguyên nhân khiến thuốc của quý vị có thể không được đài thọ	121
D1. Nhận lượng thuốc tạm thời	121
D2. Yêu cầu lượng thuốc tạm thời	122
D3. Yêu cầu cấp trường hợp ngoại lệ	123
E. Thay đổi mức bảo hiểm đối với thuốc của quý vị	123
F. Bảo hiểm thuốc trong trường hợp đặc biệt	125
F1. Đang nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi bao trả	125
F2. Đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn	125
F3. Đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận	125
G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	126
G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn	126
G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình	126
G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn	127

A. Nhận thuốc theo toa

A1. Mua 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 được mua ở bất kỳ nhà thuốc nào 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. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, 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 điều phối viên chăm sóc của quý vị.

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

Để lấy thuốc theo toa, **hãy xuất trình Thẻ ID Thành Viên của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ gửi hóa đơn cho chúng tôi về khoản chia sẻ chi phí mà chúng tôi cần chi trả cho thuốc theo toa được đài thọ của quý vị. Quý vị có thể phải trả cho nhà thuốc một khoản đồng thanh toán khi nhận thuốc theo toa.

Hãy nhớ rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi (BIC) để nhận thuốc được Medi-Cal Rx đài thọ.

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Thành Viên hoặc BIC khi nhận thuốc kê toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi điện cho chúng tôi để nhận được các thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tìm thông tin ghi danh vào chương trình của quý vị.

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 tiền. **Nếu quý vị không thể thanh toán tiền thuốc, hãy liên lạc ngay với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.** 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 mua thuốc theo toa, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của mình.

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

Nếu thay đổi nhà thuốc và cần lấy 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 điều phối viên chăm sóc 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 một nhà thuốc mới trong mạng lưới, hãy tìm 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 điều phối viên chăm sóc của quý vị.

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên biệt

Đôi lúc quý vị sẽ phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa 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 Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Địa (IHCP) và các Nhà Thuốc của Tổ Chức Người Mỹ Bản Địa Thành Thị (UIO), Dịch Vụ Y Tế của Người Mỹ Bản Địa/Chương Trình Y Tế của Bộ Lạc/Người Mỹ tại Thành Thị. 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 cấp phát các thuốc mà FDA giới hạn ở một số địa điểm nhất định hoặc cần xử lý đặc biệt, cần phối hợp với nhà cung cấp hoặc hướng dẫn về cách sử dụng thuốc. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm nhà thuốc chuyên khoa, 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 điều phối viên chăm sóc 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. Các thuốc **không** được cung cấp thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình được đánh dấu bằng ký hiệu “**NM**” trong *Danh Sách Thuốc*.

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 **100** ngày. Một lượng thuốc đủ dùng cho **100** ngày có khoản đồng thanh toán như lượng thuốc đủ dùng cho một tháng.

Mua thuốc theo toa qua đường bưu điện

Để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về cách mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, vui lòng gọi cho 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 mua 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 mua 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe, họ sẽ liên hệ với quý vị để xem quý vị muốn mua thuốc ngay hay sẽ mua sau.

- Điều này giúp quý vị đảm bảo rằng nhà thuốc giao đúng thuốc (bao gồm cường độ, liều lượng và hình thức) và cho phép quý vị ngưng hoặc hoãn lại đơn hàng trước khi thuốc được giao nếu cần.
- 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 tránh sự chậm trễ trong việc giao hàng.

3. Mua thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện

Đối với mua 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 điều phối viên chăm sóc 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. Một lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày có khoản đồng thanh toán như lượng thuốc đủ dùng cho một tháng. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc 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 thuốc theo toa được mua với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi. Trong những trường hợp này, trước hết hãy kiểm tra với điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần quý vị không. Quý vị có thể được yêu cầu chi trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã chi trả cho loại thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới so với chi phí mà chúng tôi sẽ đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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 cần thiết
- 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

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 thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị.

Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa có thể được Medi-Cal Rx đài thọ, 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 Đài Thọ*. Chúng tôi gọi tắt bản này 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 đài thọ 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* của chúng tôi

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

Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được chương trình của quý vị đài thọ. Các loại thuốc khác như một số thuốc không theo toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của 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, thuốc gốc và các sản phẩm sinh học (có thể bao gồm sản phẩm sinh học tương tự).

Biệt dược là loại thuốc được bán dưới tên có thương hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Sản phẩm sinh học là các thuốc phức tạp hơn so với thuốc thông thường. 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 biệt dược. Các sản phẩm sinh học có các sản phẩm thay thế được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. Nói chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có tác dụng giống như biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Có các thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc biệt dược và các loại sản phẩm sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế cho nhau và tùy thuộc vào luật của tiểu bang mà có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, cũng giống như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc biệt dược.

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

Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ cho một số loại thuốc và sản phẩm OTC nhất định. Một số loại thuốc OTC có giá thấp hơn thuốc theo toa và có tác dụng 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 điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem thuốc có nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu bản sao của danh sách.
- Thuốc không được Phần D đài thọ có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng “Real Time Benefit Tool” (Công Cụ Tìm Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực) của chúng tôi tại Caremark.com hoặc gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hay 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 đài thọ 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 đài thọ 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 đài thọ. Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B miễn phí, nhưng những loại thuốc này không được xem là một phần của các quyền lợi thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị.
2. Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ 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 hoặc nhà cung cấp khác có thể kê một thuốc nhất định để điều trị tình trạng của quý vị ngay cả khi thuốc đó không được phê duyệt để điều trị tình trạng đó. Đây được gọi là sử dụng ngoài hướng dẫn. Chương trình của chúng tôi thường không đài thọ cho các loại thuốc được kê toa để sử dụng ngoài hướng dẫn.

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

- Thuốc dùng để cải thiện khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm triệu chứng ho hoặc 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 bà bầu

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Thuốc dùng cho điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương 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 đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

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

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

Để tìm hiểu về bậc chia sẻ chi phí thuốc của quý vị, hãy tìm loại thuốc đó trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

Chương 6 trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị cho biết số tiền quý vị thanh toán cho các thuốc ở mỗi bậc.

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 đài thọ cho các thuốc đó. Nhìn chung, quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị mua 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 đài thọ 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 cho phép 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 hoặc nếu có sẵn một phiên bản thuốc gốc của biệt dược, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung 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 chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc gốc không có tác dụng với quý vị hoặc viết “Không thay thế” trên toa thuốc của quý vị cho biệt dược hoặc cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc gốc hoặc các thuốc được đài thọ khác điều trị cùng tình trạng sẽ không có tác dụng với quý vị, thì chúng tôi sẽ đài thọ cho biệt dược.

2. Xin chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi quý vị mua thuốc theo toa. Nếu quý vị không nhận được chấp thuận, chúng tôi có thể không đài thọ cho thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đòi hỏi 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 đòi hỏi 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 mua 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 cập nhật mới nhất, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ molinahealthcare.com/medicare. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào nêu trên, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên*.

D. Các nguyên nhân khiến thuốc của quý vị có thể không được đòi hỏi

Chúng tôi cố gắng để chương trình bảo hiểm thuốc giúp ích cho quý vị, nhưng đôi khi thuốc có thể không được đòi hỏi theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không đòi hỏi loại thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc có thể không thuộc *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể đòi hỏi cho phiên bản thuốc gốc, chứ không phải phiên bản biệt dược mà quý vị muốn dùng. Một loại thuốc có thể là thuốc mới và chúng tôi vẫn chưa xem xét độ an toàn cũng như tính hiệu quả của thuốc đó.
- Chương trình của chúng tôi đòi hỏi thuốc nhưng có những quy tắc đặc biệt hoặc giới hạn bảo hiểm. Như đã giải thích trong phần ở trên, một số loại thuốc được chương trình của chúng tôi đòi hỏi có những quy tắc giới hạn việc sử dụng thuốc. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ.

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

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 đòi hỏi cho thuốc đó.

Để nhận lượng 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**
 - không 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 ngoài.
 - Chúng tôi sẽ đòi hỏi lượng thuốc tạm thời cho quý vị **trong (100) ngày đầu tiên của năm theo lịch**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
- Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa của quý vị theo lượng nhỏ mỗi lần nhằm tránh lãng phí.
- Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi đài thọ lượng thuốc tạm thời cho quý vị **trong (100) ngày đầu tiên quý vị tham gia chương trình.**
 - 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 mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa của quý vị theo lượng nhỏ mỗi lần nhằm tránh lãng phí.
- Quý vị đã tham gia chương trình hơn (100) ngày, sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần lượng thuốc ngay lập tức.
 - Chúng tôi sẽ đài thọ 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 mua thuốc không phải thuốc Phần D hoặc thuốc ngoài mạng lưới, trừ khi đủ tiêu chuẩn mua thuốc ngoài mạng lưới.

D2. Yêu cầu lượng thuốc tạm thời

Để yêu cầu lượng thuốc tạm thời, hãy gọi cho bộ phận 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 đài thọ 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 được chúng tôi đài thọ điều trị cùng một tình trạng y tế. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy thuốc được đài thọ 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 đài thọ cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ cho loại thuốc đó mà không có 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 sẽ 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 cho phép trường hợp 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 điều phối viên chăm sóc 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 có yêu cầu hay không yêu cầu chấp thuận trước (PA) đối với một loại thuốc (sự cho phép của chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận được thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế của liệu pháp điều trị từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải dùng thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ cho loại 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 đài thọ 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.

Điều gì sẽ xảy ra nếu phạm vi bảo hiểm thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng?

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 tại của chúng tôi trực tuyến 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.

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

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

- Có một loại thuốc gốc mới. Đôi khi, một loại thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự mới xuất hiện trên thị trường có hiệu quả tương tự như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc hiện tại trong *Danh*



Sách Thuốc. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể loại bỏ biệt dược và thêm thuốc gốc mới nhưng chi phí của quý vị cho thuốc mới vẫn giữ nguyên hoặc thấp hơn.

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

- Chúng tôi có thể không cho quý vị biết trước khi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện khi thay đổi xảy ra.
- 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 thông báo cho quý vị cùng với các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu một 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 hiệu quả hoặc nhà sản xuất thuốc này loại bỏ thuốc khỏi thị trường, chúng tôi sẽ lập tức loại bỏ thuốc này khỏi *Danh Sách Thuốc*. Nếu quý vị đang dùng thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo sau khi thực hiện thay đổi.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác có ảnh hưởng đến loại thuốc quý vị đang 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.

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 trong (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 ngoại lệ đối với các thay đổi này để tiếp tục chi trả cho loại thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị đang dùng hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu cho phép trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.

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

Chúng tôi có thể thay đổi không có trong mô tả ở trên đối với các thuốc quý vị đang dùng và sẽ không ảnh hưởng đến quý vị tại thời điểm này. Đối với những thay đổi này, nếu quý vị đang sử dụng thuốc được chúng tôi đài thọ 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 hoặc hạn chế sử dụng đối với một loại thuốc quý vị đang dùng thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

Nếu có bất kỳ thay đổi nào trong các thay đổi này xảy ra với thuốc quý vị đang dùng (trừ những thay đổi được ghi chú ở phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo.

Chúng tôi sẽ không thông báo trực tiếp cho quý vị về những thay đổi này trong năm hiện tại. Quý vị sẽ cần phải kiểm tra *Danh Sách Thuốc* cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách được cung cấp trong thời gian ghi

danh mở) để xem liệu có bất kỳ thay đổi nào sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

F. Bảo hiểm thuốc trong 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 đài thọ, chúng tôi thường đài thọ 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 đài thọ cho các thuốc của quý vị nếu các thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc đài thọ của chúng tôi.

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 trong 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.

Quý vị hãy kiểm tra *Danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc* để 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

Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi sẽ không bao giờ đài thọ cùng lúc cho các loại thuốc.

- Quý vị có thể đã ghi danh vào một dịch vụ chăm sóc cuối đời Medicare và cần phải dùng một số thuốc nhất định (ví dụ như thuốc giảm đau, thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng hoặc chống lo âu) mà dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị không đài thọ 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 bác sĩ kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị rằng thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể đài thọ cho thuốc đó.
- Để không bị chậm trễ trong việc nhận được thuốc không liên quan mà chương trình của chúng tôi nên đài thọ, quý vị có thể đề nghị nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê toa của quý vị đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông báo rằng thuốc đó không liên quan trước khi quý vị mua thuốc theo toa tại nhà thuốc.

Nếu quý vị rời khỏi dịch vụ chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ toàn bộ thuốc của quý vị. Để không bị chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền 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 dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Tham khảo các phần trước của chương này để biết về thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Xem Chương 4 trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị để biết thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

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

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

Mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ 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 tương tự 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 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 liệu pháp thuốc (MTM). Chương trình này mang tính tự nguyện và hoàn toàn 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 tiêu chuẩn 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 theo 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 xuất 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, lượng dùng, thời điểm 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 người kê toa 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 MTM mang tính tự nguyện và miễn phí cho các thành viên đủ tiêu chuẩn. 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 đưa quý vị ra 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 điều phối viên chăm sóc của quý vị.

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

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi có một chương trình có thể giúp các thành viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (Drug Management Program, 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 người kê toa của quý vị để đảm bảo việc quý vị dùng thuốc opioid là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Nếu chúng tôi làm việc với người kê toa của quý vị và cùng 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 trong số những loại thuốc đó từ một số nhà thuốc nhất định và/hoặc từ một số người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc đó mà chúng tôi đài thọ 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 người kê toa 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 đài thọ cho các thuốc này sau khi quý vị đã có cơ hội phúc đáp, chúng tôi 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 cho quý vị biết 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 (IRO). (Để tìm hiểu thêm về kháng nghị và IRO, hãy 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 thuộc Medicare Phần D, và
- Thuốc và các loại vật phẩm được Medi-Cal Rx đài thọ, và
- Thuốc và các loại vật phẩm được chương trình đài thọ như quyền lợi bổ sung.

Vì đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nên quý vị cũng được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” (Extra Help) từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D của quý vị.

Trợ Giúp 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 thuộc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Trợ Giúp 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 Đài Thọ** 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 đài thọ. Các loại thuốc khác như một số thuốc không theo toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ ID 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 đài thọ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Khi quý vị sử dụng “Real Time Benefit Tool” (Công cụ tìm quyền lợi theo thời gian thực) của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (tham khảo Chương 5, Phần B2), chi phí hiển thị được cung cấp theo “thời gian thực”, nghĩa là chi phí hiển thị trong công cụ phản ánh ước tính chi phí tự trả mà quý vị dự kiến phải thanh toán tại một thời điểm cụ thể. Quý vị có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc 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 mua thuốc được đài thọ. 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 biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục lục

- A. Giải thích về phúc lợi (EOB) 131
- B. Cách quý vị theo dõi chi phí thuốc của mình 131
- C. Quý vị không cần chi trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn 133
 - C1. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài 133
- D. Tiêm vắc-xin 133
 - D1. Những điều quý vị cần biết trước khi đi tiêm chủng 133

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. Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã chi trả khi nhận thuốc được đài thọ theo Phần D, bất kỳ khoản thanh toán nào cho các thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị theo “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare, các chương trình bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, TRICARE, Dịch Vụ Y Tế của Người Mỹ Bản Địa, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là tổng số tiền thanh toán cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Số tiền này bao gồm số tiền mà chương trình đã thanh toán và số tiền mà các chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

Khi quý vị nhận thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi gửi quý vị bản tóm tắt có tên gọi *Bản Giải Thích về Quyền Lợi Bảo Hiểm*. Chúng tôi gọi tắt tài liệu 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 đại diện cho quý vị đã thanh toán.
- **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 đài thọ cho các loại thuốc không được Medicare đài thọ.

- Các khoản thanh toán cho các loại thuốc này không được tính vào tổng các chi phí tự trả của quý vị.
- Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác như một số thuốc không theo toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 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 hiểu xem chương trình của chúng tôi đài thọ những thuốc nào, hãy 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 thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa. Điều này giúp chúng tôi biết được quý vị mua thuốc theo toa nào và thanh toán những khoản nào.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

2. Đảm bảo chúng tôi có đủ thông tin cần thiết.

Gửi cho chúng tôi các bản sao phiếu thu cho thuốc được đài thọ mà quý vị đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc cho quý vị.

Đây là một số ví dụ quý vị cần cung cấp bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi:

- Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc phạm vi quyền 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 mua thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc được đài thọ

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc 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 hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Y Tế của Người Mỹ Bản Địa 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 tiêu chuẩn 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 mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được EOB qua đường bưu điện, hãy đảm bảo rằng thông tin này hoàn toàn đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của từng nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày tháng. Hôm đó quý vị có uống thuốc không?
- **Quý vị đã nhận được các loại thuốc được liệt kê chưa?** Chúng có khớp với các loại thuốc được liệt kê trên phiếu thu của quý vị không? Thuốc có khớp với những gì bác sĩ kê toa không?

Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Molina Medicare Complete Care Plus hoặc đọc *Sổ Tay Thành Viên* của Molina Medicare Complete Care Plus.

Quý vị cần làm gì nếu phát hiện thấy sai sót trong bản tóm tắt này?

Nếu có điều gì khó hiểu hoặc có vẻ không đúng trong EOB này, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị cũng có thể tìm thấy câu trả lời cho nhiều câu hỏi trên trang web của chúng tôi: MolinaHealthcare.com/Medicare.

Nếu có thể có sự gian lận thì sao?

Nếu bản tóm tắt này thể hiện các loại thuốc mà quý vị đang không sử dụng hoặc bất kỳ thông tin gì có vẻ đáng ngờ với quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Hãy gọi cho 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). Người dùng TTY nên 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Nếu quý vị nghi ngờ một nhà cung cấp tham gia Medi-Cal đã có hành vi gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo trường hợp này bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí bảo mật 1-800-822-6222. Quý vị có thể tìm thấy các phương thức báo cáo hành vi 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 sót hoặc thiếu, hoặc nếu có bất kỳ thắc mắc nào, gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Giữ lại các EOB này. Chúng đều là hồ sơ quan trọng về chi phí 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 đài thọ, miễn là tuân thủ quy tắc của chương trình chúng tôi.

Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng nghị nếu quý vị được thông báo là thuốc sẽ không được đài thọ. 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 lượng thuốc dùng lâu dài

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc dài hạn (còn gọi là “lượng thuốc kéo dài”) khi quý vị mua thuốc theo toa. Lượng thuốc dài hạn sẽ đủ dùng cho tối đa (100) ngày. Quý vị không phải trả chi phí cho lượng thuốc dài hạn.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc dài hạn, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị hoặc *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D. Tiêm vắc-xin

Thông Báo Quan Trọng Về Số Tiền Quý Vị Chi Trả Cho Vắc-Xin: Một số vắc-xin được coi là phúc lợi y tế và được đài thọ theo Medicare Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc theo Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)* của chương trình. Chương trình của chúng tôi đài thọ hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn Medicare Phần D miễn phí cho quý vị. Tham khảo *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Mục Thuốc)* trong chương trình của quý vị hoặc liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thông tin chi tiết về khoản bảo hiểm và khoản chia sẻ chi phí cho các loại vắc-xin cụ thể.

Bảo hiểm tiêm vắc-xin thuộc Medicare Phần D của chúng tôi có hai phần:

1. Phần thứ nhất trong bảo hiểm là chi phí mua **vắc-xin**. Vắc-xin là một loại thuốc theo toa.
2. Phần thứ hai trong bảo hiểm dành cho chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị có thể nhận vắc-xin dưới dạng mũi tiêm do bác sĩ thực hiện.

D1. Những điều quý vị cần biết trước khi đi tiêm chủng

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có kế hoạch tiêm vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách chương trình của chúng tôi đài thọ vắc-xin.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ quý vị đã nhận được

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi cho chúng tôi hóa đơn yêu cầu thanh toán. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị nếu không đồng ý với quyết định bao trả. 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	135
B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi	138
C. Quyết định bảo hiểm	138
D. Kháng nghị	139

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Quý vị sẽ 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 tính hóa đơn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe đối với dịch vụ và thuốc được đài thọ 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 của Molina Medicare Complete Care Plus lập hoá đơn cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc thuốc này. 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 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 đài thọ 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 đài thọ.
 - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ sau khi quý vị trở thành thành viên 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 đài thọ.
 - Quý vị cần cung cấp chứng từ chứng minh quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được đài thọ, ví dụ như phiếu thu chi tiết từ nhà cung cấp.
 - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ từ nhà cung cấp Medi-Cal đã đăng ký vào mạng lưới của Molina Medicare Complete Care Plus. 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 đài thọ 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 đài thọ 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 lại tiền cho quý vị, Molina Medicare Complete Care Plus sẽ trả lại đầy đủ số tiền mà quý vị đã chi trả. 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 trả cho dịch vụ khẩn cấp, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng thực hiện mà không cần sự 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 đài thọ, ví dụ như dịch vụ thẩm mỹ.
 - Dịch vụ không phải là dịch vụ được đài thọ cho Molina Medicare Complete Care Plus.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 điều phối viên chăm sóc của quý vị. 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 tính 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 tiền 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 một nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn cho quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn tính hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là phải xuất trình Thẻ ID Thành Viên khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào; tuy nhiên, đôi khi các nhà cung cấp trong mạng lưới có sai sót và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của mình hoặc nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của quý vị. **Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên** hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị theo số điện thoại 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 tính 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 đài thọ. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp tính 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 một nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn tới 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, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ **hoặc** phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị còn nợ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 một nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua 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 đài thọ chi phí mua 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.
- Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã chi trả cho loại thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới so với số tiền chúng tôi sẽ chi trả tại nhà thuốc trong 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 cùng với 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 tiền.
- Chúng tôi có thể không hoàn trả toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng cho toa thuốc.

6. Khi quý vị chi trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D không được đài thọ

Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa vì thuốc không được đài thọ.

- Thuốc có thể không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (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 mua 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 đài thọ, quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (hãy 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 tiền thuốc cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn trả toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá tiền quý vị đã thanh toán cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng cho toa thuốc.

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 đài thọ 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 đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán chi phí 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, hãy 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 Call. 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 điều phối viên chăm sóc của mình trợ giúp. Quý vị phải gửi thông tin của mình cho chúng tôi trong vòng **1** năm theo lịch kể từ ngày quý vị nhận được 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 dịch vụ y tế:

Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Đối với dịch vụ Phần D (Rx):

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
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 đài thọ cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc của quý vị không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền quý vị phải thanh toán, nếu có.

- 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 đài thọ cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc và quý vị đã tuân theo mọi quy tắc khi nhận, chúng tôi sẽ thanh toán. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị chi phiếu khoản tiền quý vị đã thanh toán. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại thuốc, quý vị có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền đã thanh toán (ví dụ, nếu quý vị mua thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng). 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 đài thọ 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 đài thọ thuộc Medicare Phần D của quý vị.

- Nếu quyết định không thanh toán 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 tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

D. Kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của mình. Việc này được gọi là “kháng nghị”. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị nếu không đồng ý với số tiền chúng tôi chi trả.

Quy trình kháng nghị chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm 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 trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Phần F**.
 - Để nộp đơn kháng nghị về việc nhận tiền hoàn trả cho thuốc, hãy tham khảo **Phần G**.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới thiệu

Chương này nêu các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên 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. Your right to get services and information in a way that meets your needs	141
B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả	149
C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị	150
C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị	150
C2. Quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị	151
D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị	157
E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị	158
F. Quý vị có quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi	158
G. Quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị	158
G1. Quyền được biết lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị	158
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	159
G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được làm theo	160
H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi	160
H1. Những việc cần làm khi bị đối xử không công bằng hoặc để có thêm thông tin về quyền của quý vị	160
I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên chương trình	161

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, and Vietnamese* and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time. For Medical Services: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - To make a standing request to get materials in a language other than English or in an alternate format now and in the future, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. 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.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyong ibinigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang na-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang care coordinator mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

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 cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ 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 gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc 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, 8:00 giờ sáng đến 8:00 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.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 모든 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 *스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어*로 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

pháp quyền trong một cách dễ hiểu dành cho bạn. Chúng tôi phải thông báo cho bạn về pháp quyền của bạn mỗi năm trong suốt thời gian bạn tham gia vào kế hoạch.

- Để có thể nhận được thông tin dễ hiểu dành cho bạn bằng cách nào, hãy gọi cho người điều phối dịch vụ y tế hoặc vào phòng phục vụ người tham gia chương trình bảo hiểm. Kế hoạch của chúng tôi cung cấp các dịch vụ phiên dịch miễn phí, người sẽ giúp bạn nhận được câu trả lời cho các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ cần thiết cho bạn.
- Trong khuôn khổ kế hoạch của chúng tôi, bạn có thể nhận được tài liệu bằng *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Hàn Quốc, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt Nam*, và cũng có thể bằng *tiếng Phạn và tiếng Mông*. Ngoài ra, thông tin dành cho bạn có sẵn ở các định dạng khác, bao gồm cỡ chữ lớn, chữ Braille hoặc âm thanh. Để nhận được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, hãy gọi vào phòng phục vụ người tham gia chương trình bảo hiểm hoặc vào văn phòng Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 (TTY: 711). Giờ làm việc: hàng ngày từ 08:00 đến 20:00 theo giờ địa phương. Dịch vụ y tế: 200 OceanGate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (California).
 - Để nộp đơn thỉnh cầu để được cung cấp tài liệu ngay bây giờ và trong tương lai bằng ngôn ngữ khác (không phải tiếng Anh) hoặc ở định dạng khác, hãy liên hệ với phòng phục vụ người tham gia chương trình bảo hiểm theo số (855) 665-4627 (TTY: 711). Giờ làm việc: hàng ngày từ 08:00 đến 20:00 theo giờ địa phương.

Nếu bạn gặp khó khăn khi nhận được thông tin từ nhân viên của kế hoạch của chúng tôi do rào cản ngôn ngữ hoặc hạn chế về khả năng và bạn muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi vào:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Bạn có thể gọi bất cứ lúc nào trong bất cứ ngày nào trong tuần. Nếu bạn sử dụng điện thoại TTY: 1-877-486-2048.
- Ủy ban về quyền công dân Medi-Cal theo số 916-440-7370. Khi sử dụng TTY, hãy bấm 711.
- Ủy ban về quyền công dân (Office for Civil Rights) tại Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) theo số 1-800-368-1019. Khi sử dụng TTY, hãy bấm 1-800-537-7697.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以為您提供非英文版本的資料，包括**西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、老撾語、俄語、塔加拉族語和越南語**，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 OceanGate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

A. **Hak fi al-havul ala al-khdamat wal-ma'ulumat bal-ṭarīqa al-tī tībī aḥtījātak**

ṭayn alayna ṣuman taqḍīm jamī' al-khdamat ilayk ḅarīqa ṭṣam bal-kafā'a al-ṭḡāfīya wa-sahūla al-waṣul. kama ṭayn alayna iḡbārūk bma'ayā ḡṭṭatā wa-ḡḡūk ḅarīqa ṭṣṭayī' asṭī'ayāha. ṭayn alayna iḡbārūk baḡḡūk kull 'am ṭḡūn fīh 'aṣwā ḡṭṭatā.

- **al-ḡḡūl ala al-ma'ulumat ḅarīqa ṭṣṭayī' asṭī'ayāha,** yajī al-aṭṭal bma'saq ḡalṭūk aw ḡḡḡat al-'aṣṡā. waṭawf ḡṭṭatā ḡḡḡat ṭṣṭayī' maḡānīya lla'ījāba 'an al-as'ala blagat maḡṭṭa.
- **kama yamkūn an ṭawf lak ḡṭṭatā al-mawad blagat ḡayr al-īnḡlīzīya,** bma fī ḡḡk al-īṣḡānīya wal-'arībīya wal-'arūmīnīya wal-kamḅūḡīya wal-ṣaynīya wal-farṣīya wal-hamṭūḡīya wal-kūṣīya wal-lawīya wal-rūṣīya wal-taḡalūḡīya wal-fīṭṭānīya waṭṭṣīqat maṭṭḅū'at al-kīṣīra aw ṭarīqa brayl aw balṭṭṣīq al-ṣūṭī. **al-ḡḡūl ala al-mawad baḡḡ ḡḡḡ alṭṭṣīqat al-bḡḡīya,** yajī al-aṭṭal baḡḡḡat al-'aṣṡā aw marasla Molina Medicare Complete Care Plus **waḡḡk ala al-rūḡm (855) 665-4627,** walna'sba lamṭṭḡḡmī al-haṭaf al-naṣī TTY, yamkūn al-aṭṭal ala: 711, ala maḡar 7 āyām fī al-asḅū'ū, maṭṭṣa'a 8 ṣbaḡā ilā 8 ma'sā ḡṭṭā ḡṭṭayī' al-maḡlī. **al-ḡḡḡat alṭṭīya:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- **alṭṭṣīm ṭḡḡ al-ḡḡūl ala al-mawad blagā 'aḡrī ḡḡḡ al-laḡa al-īnḡlīzīya aw balṭṭṣīq maḡṭṭ al-'ān waḡḡ al-maṭṭḡḡl,** yajī al-aṭṭal baḡḡḡat al-'aṣṡā ala al-rūḡm (855) 665-4627, lamṭṭḡḡmī aḡḡza al-hawaf al-naṣīya: 711, ala maḡar 7 āyām fī al-asḅū'ū, maṭṭṣa'a 8 ṣbaḡā ilā 8 ma'sā ḡṭṭā ḡṭṭayī' al-maḡlī.
- **īḡa waḡḡṭ ṣa'ūba fī al-ḡḡūl ala al-ma'ulumat 'an ṭarīq ḡṭṭatā ba'sab maṭṭḡat ṭṭaḡḡ al-laḡa aw al-'ī'aqa waṭūḡ taqḍīm ṭḡūy al-'amr,** fīmaḡḡk al-aṭṭal balḡḡḡat al-'āṭīya:
- **ḡṭṭ al-ma'sa'aḡa 1-800-MEDICARE** lbrnaḡ Medicare ala al-rūḡm (1-800-633-4227). yamkūn al-aṭṭal baṭa ala maḡar 24 ṣa'a fī al-yūḡ, 7 āyām fī al-asḅū'ū. **balna'sba ilā maṭṭḡḡmī aḡḡza al-hawaf al-naṣīya (TTY),** yajī al-aṭṭal ala al-rūḡm 1-877-486-2048.
- **maḡḡ al-ḡḡūq al-maḡnīya alṭā'īc lbrnaḡ Medi-Cal** ala al-rūḡm 916-440-7370. **balna'sba lamṭṭḡḡmī aḡḡza al-hawaf al-naṣīya TTY,** yamkūn al-aṭṭal ala al-rūḡm 711.
- **ṣḡḡa wal-ḡḡḡḡat al-bḡṣrīya,** maḡḡ al-ḡḡūq al-maḡnīya (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) **fī al-walāyāt al-mṭḡḡa ala al-rūḡm 1-800-368-1019.** **balna'sba ilā maṭṭḡḡmī al-haṭaf al-naṣī (TTY),** yamkūn al-aṭṭal ala al-rūḡm 1-800-537-7697.

A. **สิทธิบัตรการดูแลสุขภาพ และสิทธิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์**

เมื่อคุณเข้าระบบการดูแลสุขภาพของคุณ คุณจะมีสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม

- สิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม
- สิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม
- สิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม

คุณสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม

- Medicare สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม
- Medicare สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม
- Medicare สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่คุณต้องการได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม และไม่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติม

A. **حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهایتان را برآورده کند**

ایده‌آل این است که شما بتوانید به راحتی به خدمات و اطلاعاتی که نیاز دارید دسترسی داشته باشید. شما باید هر ساله به خدمات و اطلاعاتی که نیاز دارید دسترسی داشته باشید.

- جهت کسب اطلاعات به شیوه‌ای که برایتان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کننده □ خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمه □ رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائه □ مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، هونگی، کره‌ای، لاتوسی، روسی، تاکالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به شماره □ (855) 665-4627 یا TTY به شماره □ 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره □ (855) 665-4627 ، TTY: 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شماره ☐ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره ☐ 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره ☐ 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره ☐ 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شماره ☐ 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Զեր կարիքներին համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ տրամադրվող բոլոր ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպատակների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, բանի դեռ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Ձեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար քարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ խոսակցական, արտաբերական, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, լատներեն, ռուսերեն, տաղալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ խոսակցական, արտաբերական, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, լատներեն, ռուսերեն, տաղալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաճախորդության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, ֆաղափացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo. Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab. Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis suab. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sijhawm hauv cheeb tsam. Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Ocean Gate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sijhawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. SỰ DẪN ĐẲNG CỦA CÁC DỊCH VỤ Y TẾ VÀ CÁC DỊCH VỤ Y TẾ CẦN THIẾT TRONG VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA BẠN

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cũng cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn.

- Để biết thêm thông tin về các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết, hãy gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cũng cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn.
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cũng cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn.

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cũng cung cấp các dịch vụ y tế và các dịch vụ y tế cần thiết để giúp bạn duy trì sức khỏe và sống lâu hơn.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thời gian làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Gọi TTY theo số 1-877-486-2048.
- Trung tâm Dịch vụ Người khuyết tật (TDD) của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số 916-440-7370. Gọi TTY theo số 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Trung tâm Dịch vụ Người khuyết tật theo số 1-800-368-1019. Gọi TTY theo 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 trong việc tìm dịch vụ chăm sóc, hãy liên lạc 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.

Quý vị có các quyền với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi.

- 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 tư cách là PCP và cách chọn một PCP trong **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.
 - Gọi cho điều phối viên chăm sóc 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được đài thọ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
 - Điều này bao gồm cả quyền nhận các dịch vụ từ 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 sức khỏe ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà không cần chấp thuận trước (PA).
- Quý vị có quyền mua 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 nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc.

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 sức khỏe 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 các quyền liên quan đến thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản thông báo 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 Thực Hành 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 thanh toán cho 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 thay thế được chỉ định hoặc trong trường hợp không có chỉ định, 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 văn bản cho phép 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 xuất dễ dàng ở hình thức và định dạng được yêu cầu, hoặc đến các địa điểm thay thế. Yêu cầu trao đổi 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 trao đổi bí mật mới.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Dự kiến 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. Những trường hợp ngoại lệ sau đây được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu:

- 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 có thể tiết lộ PHI nếu được tòa án ra lệnh, nhưng chỉ khi luật pháp California cho phép.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị 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 cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên thực hiện 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 quyền 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 y tế 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.

Vì sao Molina sử dụng hoặc chia sẻ PHI của thành viên?

- Để cung cấp dịch vụ điều trị cho quý vị
- Để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Để xem xét chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được
- Để thông báo cho quý vị biết về những sự lựa chọn chăm sóc của quý vị
- 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 văn bản cho phép (chấp thuận) của quý vị 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.

Quý vị có quyền riêng tư gì?

- Được xem PHI của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Nhận một bản sao PHI của quý vị
- Được sửa đổi PHI của quý vị
- Đề nghị chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị theo những 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 ra sao?

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 Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Quý vị có thể làm gì nếu cảm thấy quyền riêng tư của mình chưa được bảo vệ?

- Gọi điện hoặc gửi thư đến Molina để khiếu nại.
- Khiếu nại với Department of Health and Human Services.

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.

Trên đây chỉ là bản tóm tắt. Thông Báo về Thực Hành 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 Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi nằm trong phần tiếp theo 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 Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên 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. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP VÀO CÁC THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC THẬT KỸ.

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 quyền lợi sức khỏe cho quý vị với tư cách là thành viên của Molina 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 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 có 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 quyền 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 quyền 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 bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI của quý vị để gửi nhắc nhở về các cuộc hẹn của quý vị. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị thông tin về các phương pháp điều trị khác, hoặc các quyền lợi và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác.

Khi nào Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị mà không cần có văn bản cho phép (chấp thuận) 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:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (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 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.

Thủ tục tố tụng pháp lý hoặc thủ tục 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 sự 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.

Các trường hợp 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 văn bản cho phép (chấp thuận) của quý vị 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 sức khỏe 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 sẽ tuân theo yêu cầu hợp lý nếu quý vị cho chúng tôi biết việc chia sẻ toàn bộ 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 thu một mức 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 phản đối 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 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 quyền lợi của quý vị sẽ không thay đổi theo bất kỳ cách nào.

Quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi theo cách sau:

Qua điện thoại:

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.

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 theo địa chỉ:

U.S. Department of Health & Human Services

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)

Molina có nghĩa vụ 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 phương thức cung cấp thông tin và điều khoản của Thông Báo này bất kỳ lúc nào. Nếu có thay đổi, phương thức và điều khoản mới sẽ áp dụng cho mọi PHI mà chúng tôi nắm 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 thay đổi quan trọng

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

và cách nhận Thông Báo được chỉnh sửa trong thư báo hằng năm tiếp theo của chúng tôi gửi đến các thành viên được Molina đài thọ.

Thông tin liên hệ

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ văn phòng sau:

Qua điện thoại:

Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của 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 trong việc 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 đài thọ 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 yêu cầu 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 và/hoặc thông tin bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin dạng bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc 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, theo 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 kháng nghị do thành viên gửi
 - cách rời khỏi 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Các dịch vụ và thuốc được đài thọ, 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 đài thọ
 - 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 đài thọ
- Vì sao một dịch vụ không được đài thọ 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 lý do không đài thọ một mục nào đó
 - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
 - thanh toán cho hóa đơn quý vị đã nhận

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện và những nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Họ không thể gửi hóa đơn 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 khỏi 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 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. Quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền nhận được 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 dịch vụ 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.
- **Nắm rõ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- **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 đòi hỏi cho một dịch vụ hoặc thuốc chúng tôi đã từ chối hoặc thường không đòi hỏi.** 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 của 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, theo giờ địa phương. Nếu quý vị là người khiếm thính hoặc lãng tai, hãy gọi 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 các 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 với bộ phận Dịch vụ thành viên để yêu cầu biểu mẫu.
- **Điền biểu mẫu và ký tên.** Biểu mẫu này 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 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 tin.

G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được làm theo

Nếu quý vị đã ký tên vào mẫu chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân thủ chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Chương trình thanh tra theo số 1-855-501-3077. Cuộc gọi này miễn phí. TTY: 1-855-847-7914. 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.

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 về 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 (HICAP) theo số (714) 560-0424. Để biết thêm chi tiết về HICAP, hãy tham khảo **Chương 2**
 - Quận Los Angeles: (213) 383-4519
 - Quận San Diego: (858) 565-8772
 - Quận Imperial: (760) 353- 0223
 - Quận Riverside và San Bernardino: (909) 256-8369
- Chương Trình Thanh Tra theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm thông tin chi tiết về chương trình này, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 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 đài thọ và các quy tắc cần tuân thủ để nhận dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết thông tin chi tiết về:
 - Dịch vụ được đài thọ, tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị. Các chương này cho quý vị biết những dịch vụ được đài thọ, những dịch vụ không được đài thọ, những quy tắc quý vị cần tuân thủ và khoản tiền quý vị phải trả.
 - Thuốc được đài thọ, 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 theo toa, vitamin và chế phẩm bổ sung.
 - Đặt câu hỏi 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 điều phối viên chăm sóc**, bao gồm hoàn thành đánh giá nguy cơ sức khỏe hàng năm.
- **Cư xử tôn trọng**. 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 sẽ cư xử một cách tôn trọng tại văn phòng bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng nhà cung cấp khác.
- **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 đài thọ, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (Lưu ý: Nếu không đồng ý với quyết định không đài thọ 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 nộp đơn kháng nghị.)
- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở**. Nếu quý vị định chuyển chỗ ở, hãy cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

- **Nếu chuyển ra khỏi 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 tôi mới có thể là thành viên của chương trình này. **Chương 1** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị sẽ cho quý vị 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 điều phối viên chăm sóc 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 đài thọ 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 thông tin 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Mục Lục

A. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại	166
A1. Thông tin về các thuật ngữ pháp lý	166
B. Nơi nhận trợ giúp	166
B1. Để biết thêm thông tin và được trợ giúp	166
C. Hiểu rõ các khiếu nại và kháng nghị của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi	167
D. Vấn đề với quyền lợi của quý vị	168
E. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị	168
E1. Quyết định bao trả	168
E2. Kháng nghị	168
E3. Trợ giúp về quyết định bao trả và kháng nghị	169
E4. Phần nào của chương này sẽ giúp quý vị	170
F. Dịch vụ chăm sóc y tế	170
F1. Sử dụng phần này	170
F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm	171
F3. Thực hiện Kháng nghị Cấp 1	172
F4. Thực hiện Kháng nghị Cấp 2	175
F5. Vấn đề thanh toán	179
G. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D	180
G1. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị Medicare Phần D	181
G2. Trường hợp ngoại lệ Medicare Phần D	182
G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ	183
G4. Yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ	183
G5. Thực hiện Kháng nghị Cấp 1	185
G6. Thực hiện Kháng nghị Cấp 2	187
H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện dài hơn	188
H1. Tìm hiểu về các quyền trong Medicare của quý vị	189
H2. Thực hiện kháng nghị cấp 1	189
H3. Thực hiện kháng nghị cấp 2	191
I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định	191
I1. Thông báo trước khi kết thúc bảo hiểm của quý vị	192
I2. Thực hiện kháng nghị cấp 1	192
I3. Thực hiện kháng nghị cấp 2	193
J. Đưa kháng nghị của quý vị lên trên Cấp 2	194
J1. Bước tiếp theo đối với dịch vụ và vật phẩm Medicare	194
J2. Kháng nghị Medi-Cal bổ sung	195
J3. Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Phần D	195

K. Cách khiếu nại 196

 K1. Nêu khiếu nại về những loại vấn đề nào 196

 K2. Khiếu nại nội bộ 198

 K3. Khiếu nại bên ngoài 199

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 cho **quyết định bảo hiểm và kháng nghị** và một quy trình khác để **khuyến 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. Thông tin về các thuật ngữ pháp lý

Trong chương này có các thuật ngữ pháp lý cho 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 quyền 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” (IRO) thay vì “Đơn vị đánh giá độc lập” (IRE)

Việc nắm rõ các thuật ngữ pháp lý chính xác có thể sẽ giúp quý vị trao đổi rõ ràng hơn, do đó chúng tôi cũng cung cấp cả những thuật ngữ này.

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 khỏe 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 giải đáp 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 sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các quận và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal và trao đổi với người hỗ trợ về các thắc mắc liên quan đến bảo hiểm sức khỏe 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 kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-855-501-3077 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Dưới đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp và thông tin từ Medi-Cal

Gọi số: (916) 449-5000, thứ Hai – thứ Sáu, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều, theo giờ địa phương.

Trợ giúp từ California Department of Health Care Services

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 bảo hiểm sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển đi và gặp khó khăn khi chuyển Medi-Cal sang quận mới của quý vị. Quý vị có thể gọi cho Phòng Thanh Tra theo số 1-888-452-8609, từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Trợ giúp từ California Department of Managed Health Care

Liên hệ với California Department of Managed Health Care (DMHC) 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 tính hóa đơn. Số điện thoại là **1-888-466-2219**. Những người bị khiếm thính, lăng tai, hoặc khó nói chuyện có thể sử dụng số TDD miễn phí, **1-877-688-9891**. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov. California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có khiếu nại 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 sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với cơ quan này. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cấm bất kỳ quyền hoặc biện pháp đền bù hợp pháp tiềm năng nào có thể dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, một than phiền chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc một than phiền vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho cơ quan này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể 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 sức khỏe thực hiện liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị được 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 này cũng có một số điện thoại miễn phí (1-888-466-2219) và một đường dây TDD (1-877-688-9891) dành cho những người khiếm thính và khiếm ngôn. 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 nghị 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** các quyền lợi chăm sóc được quản lý của 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

D. Vấn đề với quyền 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 sẽ giúp quý vị tìm đúng phần trong chương này cho các vấn đề hoặc khiếu nại.

Vấn đề hoặc mối lo ngại của quý vị liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm?

Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu chăm sóc y tế (các vật dụng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc theo toa Phần B) có được đài thọ hay không, phương thức đài thọ và các vấn đề liên quan đến khoản thanh toán cho chăm sóc y tế.

Đúng.

Vấn đề của tôi liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm.

Tham khảo **Phần E**, “Quyết định bảo hiểm và kháng nghị”.

Không.

Vấn đề của tôi không liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm.

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 là quy trình giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật phẩm và thuốc theo toa Phần B, bao gồm cả việc thanh toán). Để đơn giản, chúng tôi thường gọi các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc theo toa Phần B là **chăm sóc y tế**.

E1. Quyết định bảo hiểm

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và 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 G** 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 đài thọ cho một dịch vụ hoặc dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc liệu chúng tôi có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần hay không. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ 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 đài thọ 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 đài thọ hoặc không còn đài thọ cho quý vị nữa. Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể kháng nghị.

E2. Kháng nghị

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể “kháng nghị” 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 ở 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 có cơn đau dữ dội và cần một quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu IMR từ Department of Managed Health Care tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo **Phần F4** 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 quyết định bảo hiểm cấp tốc hoặc “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc kháng nghị nhanh 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 bảo hiểm cho dịch vụ y tế Medicare Phần B, thì 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) để tiến hành Kháng nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị có liên quan đến khoản bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare Phần D hoặc Medicaid, thư đó sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn Kháng nghị Cấp 2. Tham khảo Phần F4 để biết thêm thông tin về Kháng nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị có liên quan đến khoản bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật phẩm được cả Medicare và Medicaid đài thọ, thư đó sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cả hai loại Khiếu nại 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 bao trả 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 điện thoại 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 Department of Managed Health Care (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 tính hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Những người bị khiếm thính, lãng tai, hoặc khó nói chuyện có thể sử dụng số TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.dmhc.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 với tư cách “người 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 tiêu chuẩn.
 - Yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Điền vào biểu mẫu Chỉ định người đại diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm người 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 bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-

[Forms/downloads/cms1696.pdf](#) hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.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 trường hợp có 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 đòi thọ cho thời gian nằm viện dài hơn”
- **Phần I**, “Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định” (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn và Cơ sở tái phục hồi ngoại trú toàn diện [CORF]).

Nếu quý vị không chắc nên sử dụng phần nào, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo các số ở cuối trang.

F. Dịch vụ 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 lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc.

Phần này đề cập đến phúc lợi của quý vị đối với chăm sóc y tế được mô tả tại **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị. Trong một số trường hợp, 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 tắc đối với thuốc theo toa Medicare Phần B khác với quy tắc đối với dịch vụ và các vật phẩm y tế 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 đòi thọ 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 đòi thọ, 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 đòi thọ 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 tiền 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 quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare. **ĐỂ** 170



- Nếu khoản bảo hiểm 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 Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (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 định 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 việc và không quá 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 hoặc vật phẩm y tế trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng y tế của quý vị cần được phản hồi nhanh hơn.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Để có được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu đòi hỏi cho các mặt hàng và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **không nhận được**. Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về khoản thanh toán cho các mặt hàng hoặc dịch vụ mà quý vị 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 có sai sót, 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:

- nếu 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. 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 của quý vị 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 www.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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích rằng quý vị có quyền yêu cầu IRO xem xét quyết định hủy bỏ đơn kháng nghị của quý vị mà chúng tôi đã đưa ra.
- Quý vị phải yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày được ghi trên thư chúng tôi gửi với mục đích thông báo cho quý vị về 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 về 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 cấp tốc**”.

- 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.

Chúng tôi sẽ tự động cho quý vị kháng nghị nhanh nếu bác sĩ của quý vị cho biết tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu. Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định liệu quý vị có được kháng nghị nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để kháng nghị 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 cho quý vị kháng nghị nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
 - Cách quý vị có thể nộp “khiếu nại nhanh” về quyết định của chúng tôi khi cung cấp cho quý vị kháng nghị tiêu chuẩn thay vì kháng nghị 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 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 ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị 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 đài thọ 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 có 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 được phẩm đó trong khi quý vị chờ quyết định về kháng nghị của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 áp 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, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần được phản hồi nhanh hơn**. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị 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. Sau đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu. 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 có liên quan đến khoản bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid, quý vị có thể tự mình nộp đơn cho tiểu bang để yêu cầu Cấp 2 – Phiên điều trần cấp tiểu bang ngay trước khi hết thời hạn. Tại California, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được gọi là Phiên Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang. Để nộp đơn yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy tham khảo www.CDSS.CA.GOV.
- **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, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- **Nếu chúng tôi Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến IRO để tiến hành 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. Sau đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu. 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 có liên quan đến khoản bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid, quý vị có thể tự mình nộp đơn cho tiểu bang để yêu cầu Cấp 2 – Phiên điều trần cấp tiểu bang ngay trước khi hết thời hạn. Tại California, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được gọi là Phiên Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang. Để nộp đơn yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy tham khảo www.CDSS.CA.GOV.

Nếu chúng tôi Đồng ý với 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 ngay khi tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó 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 đơn kháng nghị của quý vị nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **quý vị có 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 khoản bảo hiểm 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 IRO để tiến hành 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 hay cả hai chương trình có thường đài thọ dịch vụ hoặc vật phẩm đó không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà **Medicare** thường đài thọ, 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 đài thọ, 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 đài thọ, quý vị sẽ tự động chuyển lên Kháng nghị Cấp 2 với IRO. Bên cạnh việc tự động chuyển lên Kháng nghị Cấp 2, quý vị cũng có thể yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang và quy trình Đánh giá y khoa độc lập với tiểu bang. Tuy nhiên, Đánh giá y khoa độc lập sẽ không được tiến hành nếu quý vị đã xuất trình bằng chứng trong Phiên điều trần cấp tiểu bang.

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn để tiếp tục hưởng các quyền lợi khi quý vị nộp Kháng nghị Cấp 1, quý vị cũng có thể tiếp tục hưởng các quyền 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 quyền lợi của quý vị trong thời gian Kháng nghị Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được đài thọ bởi Medicare, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình kháng nghị Cấp 2 với IRO.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được đài thọ bởi Medi-Cal, quyền 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 đài thọ

IRO 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” (IRO) 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 IRO 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 IRO thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.
- Người đánh giá tại IRO sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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. IRO phải trả lời Kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.

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 yêu cầu nhận một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, IRO phải trả lời Kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được kháng nghị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là yêu cầu nhận thuốc theo toa Medicare Phần B, IRO phải trả lời Kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được kháng nghị.

IRO sẽ trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu nhận vật phẩm hoặc dịch vụ y tế của quý vị,** 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 5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc**
 - Cung cấp dịch vụ đó **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu nhận thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B đang được yêu cầu đó:**
 - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc**
 - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO Từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị,** điều đó có nghĩa họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) cho khoản bảo hiểm 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 (ALJ) 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 đài thọ

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 Tế Độc Lập hoặc
- (2) Phiên Điều Tràn Cáp Tiểu Bang.

(1) Đánh Giá Y Tế Độc Lập

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR) từ Trung tâm trợ giúp tại California Department of Managed Health Care (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 đài thọ 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 IMR có kết quả quyết định có lợi 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 đài thọ cho quá trình điều trị thử nghiệm hoặc điều trị nghiên cứu của Medi-Cal cho một tình trạng y tế nghiêm trọng.
- Tranh chấp về việc liệu dịch vụ hoặc thủ thuật phẫu thuật có mang tính chất thẩm mỹ hay tái tạo hay không.
- 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 hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, đối với kháng nghị nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đã nộp đơn kháng nghị cho quý vị, nhưng chúng tôi không nhận được mẫu Chỉ định người đại diện của quý vị, thì quý vị sẽ cần nộp lại đơn kháng nghị với chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp đơn xin IMR Cấp độ 2 cho Department of Managed Health Care, trừ khi đơn kháng nghị của quý vị liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở cơn đau dữ dội, khả năng tử vong, mất chân tay hoặc chức năng cơ thể quan trọng.

Quý vị có quyền yêu cầu cả IMR và Phiên điều trần cấp tiểu bang, nhưng quý vị không đủ điều kiện được nhận IMR nếu quý vị đã trình bằng chứng tại một Phiên điều trần cấp tiểu bang hoặc đã có Phiên điều trần cấp tiểu bang cho cùng 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 phần F3 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 **đăng ký 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 Tế Độc Lập có sẵn tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung tâm trợ giúp DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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. Người dùng TTY nên gọi 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

- Quý vị cũng có thể nộp Đơn Yêu Cầu Đánh Giá Y Khoa Độc Lập/Biểu Mẫu Khiếu Nại và biểu mẫu Trợ Lý Được Ủy Quyền trực tuyến: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn 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 tiêu chuẩn tiến hành IMR. Sau khi nhận đơn yêu cầu của quý vị và các tài liệu hỗ trợ từ chương trình, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày. 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 tiêu chuẩn tiến hành IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị một bức thư trong vòng 48 ngày kể từ ngày nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh để thông báo rằng quý vị đủ tiêu chuẩn 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.

(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang đối với dịch vụ và vật phẩm được Medi-Cal đài thọ. 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 “Thư Quyết Định về Kháng Nghị” 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 “Quyền lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng nghị Cấp 2 không” ở phần F4 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 Sở Dịch Vụ Xã Hội California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - Gửi tới Ban điều trần cấp tiểu bang theo số fax 916-309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903.
2. Quý vị có thể gọi cho California Department of Social Services theo số 1-800-743-8525. Người dùng TTY nên gọi đến 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.

Ban điều trần cấp tiểu bang sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu Ban điều trần cấp tiểu bang **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu nhận một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hay vật phẩm đó **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của họ.
- Nếu Ban điều trần cấp tiểu bang **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) cho khoản bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối kháng nghị của quý vị”.

Nếu IRO hoặc Ban điều trần cấp tiểu bang quyết định **Từ chối** toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị bổ sung.

Nếu Kháng nghị Cấp 2 của quý vị đã được gửi tới **IRO**, quý vị chỉ có thể kháng nghị lại khi số tiền của dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị muốn nhận đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định. ALJ hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. **Thư mà quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung quý vị có thể có.**

Thư mà quý vị nhận được từ Ban điều trần cấp tiểu bang 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. Vấn đề thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới tính hóa đơn các dịch vụ và vật phẩm được đài thọ 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 đài thọ. 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 đài thọ, 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 chương trình của chúng tôi 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 mà quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng hướng dẫn cách gửi giấy tờ để yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đài thọ hay không và kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng khoản bảo hiểm của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã thanh toán được đài thọ 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, thì chúng tôi sẽ gửi phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không quá 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 **Đồng ý** với yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm.
- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm đó không được đài thọ 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 thanh toán 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 chúng tôi **Từ chối** kháng nghị của quý vị và **Medicare** thường bao trả dịch vụ hoặc vật phẩm này, chúng tôi sẽ chuyển trường hợp của quý vị đến IRO. Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị nêu điều này xảy ra.

- Nếu IRO 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 mà quý vị yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu IRO **Từ chối** kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa họ đồng ý rằng chúng tôi không nên 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 dịch vụ hoặc vật phẩm đó, quý vị có thể tự mình nộp đơn Kháng nghị Cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D

Quyền lợi của quý vị với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi bao gồm bảo hiểm 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. **Phần này chỉ áp dụng cho kháng nghị thuốc Medicare Phần D**. Chúng tôi sẽ cho biết “thuốc” trong phần còn lại của phần này thay vì cho biết “thuốc Phần D” mọi lúc. Đối với các loại thuốc chỉ được Medi-Cal đài thọ, hãy làm theo quy trình trong **Phần E**.

Để được đài thọ, thuốc của quý vị phải được dùng cho chỉ định 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 chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

G1. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị Medicare 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 Medicare 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:
 - Đài thọ thuốc Medicare Phần D không có trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi hoặc
 - Bỏ qua hạn chế về bảo hiểm cho một loại thuốc (như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được đài thọ cho quý vị hay không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị có trong Danh sách thuốc của chương trình nhưng chúng tôi phải chấp thuận loại thuốc đó cho quý vị trước khi đài thọ)

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 giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Medicare Phần D của quý vị được gọi là “**quyết định về bảo hiểm**”.

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho thuốc mà 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 đang gặp trường hợp nào sau đây?			
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 đài thọ. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm). Bắt đầu với Phần G2, sau đó tham khảo Phần G3 và G4	Quý vị muốn chúng tôi đài thọ 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. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Tham khảo Phần G4.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận được và đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm). Tham khảo Phần G4.	Chúng tôi đã thông báo cho quý vị rằng chúng tôi sẽ không đài thọ hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách quý vị muốn. Quý vị có thể thực hiện kháng nghị. (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Tham khảo Phần G5.

G2. Trường hợp ngoại lệ Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không đòi hỏi cho một loại thuốc theo cách quý vị mong muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép “trường hợp ngoại lệ”. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ, 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 cho một loại thuốc không nằm trong Danh sách thuốc hoặc loại bỏ hạn chế về một loại thuốc đôi khi được gọi là “**trường hợp ngoại lệ đối với 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. **Đòi hỏi cho thuốc không nằm 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. **Loại bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được đòi hỏi**
 - 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** trong *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 biệt dược.
 - Nhận được sự chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý đòi hỏi thuốc cho quý vị. Điều này đôi khi được gọi là “sự cho phép trước” (PA).
 - Cân thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý đòi hỏi cho loại thuốc quý vị đang yêu cầu. Điều này đôi khi được gọi là “trị liệu 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 trường hợp ngoại lệ đối với quý vị và bỏ qua 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 khoản bảo hiểm 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, 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 đòi hỏi đôi khi được gọi là yêu cầu “**ngoại lệ về bậc chia sẻ chi phí**”.

- *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 để điều trị tình trạng y tế của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn loại thuốc quý vị đang dùng, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc đó ở mức chi phí chia sẻ của thuốc thay thế. Điều này sẽ giảm số tiền đồng thanh toán của quý vị đối với thuốc.
 - Nếu loại thuốc quý vị đang dùng là sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thuốc đó theo mức chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với các giải pháp thay thế sản phẩm sinh học phù hợp với tình trạng của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Nếu loại thuốc quý vị đang dùng là biệt dược, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thuốc đó theo mức chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với các giải pháp thay thế biệt dược phù hợp với tình trạng của quý vị.
- Nếu loại thuốc quý vị đang dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thuốc đó theo mức chia sẻ chi phí cho bậc thấp nhất đối với các giải pháp thay thế thuốc gốc phù hợp với tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu trường hợp ngoại lệ về bậc chia sẻ chi phí 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 của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi một bản giải thích lý do y tế cho việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đưa thêm thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa 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 cho phép trường hợp ngoại lệ về bậc chia sẻ chi phí, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế ở (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng hiệu quả với quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hay tác hại khác.

Chúng tôi có thể Đồng ý hoặc Từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ 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**.

Phản tiếp theo cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, 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, viết 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. Vui lòng ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu thanh toán 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 trường hợp ngoại lệ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đưa ra “quyết định bảo hiểm nhanh”.

Chúng tôi sử dụng “thời hạn tiêu chuẩn” trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng “thời hạn nhanh”.

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** 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 cho quý vị một lá thư thông báo rằng chúng tôi sẽ áp dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư đó 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 bắt buộc.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị cho một IRO 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. Thư đó sẽ hướng dẫn cho quý vị cách 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 bắt buộc.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị cho một IRO 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. Thư đó sẽ hướng dẫn cho quý vị cách 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 chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị cho một IRO 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. Thư đó sẽ hướng dẫn cho quý vị cách kháng nghị.

G5. Thực hiện Kháng nghị Cấp 1

Kháng nghị chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare 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, viết 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. Vui lòng ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu kháng nghị **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày được ghi trên thư chúng tôi gửi với mục đích thông báo cho quý vị về 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 về 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 quyết định 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 cân quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Yêu cầu đối với kháng nghị nhanh giống như yêu cầu đối với 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 bắt buộc.
 - 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 IRO sẽ xem xét kháng nghị. 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 nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phải có thuốc đó. Nếu quý vị tin rằng sức khỏe của mình 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 IRO sẽ xem xét kháng nghị. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng nghị Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc tất cả 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 quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc tất cả 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 IRO sẽ xem xét kháng nghị. 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. **IRO** sẽ xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **Từ chối** 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” (IRO) 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 IRO **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 chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách thực hiện Kháng nghị Cấp 2** với IRO. 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 IRO, chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về kháng nghị của quý vị đến tổ chức này. 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.** Nếu quý vị cần trợ giúp để yêu cầu một bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của mình, hãy gọi (855) 665-4627, TTY: 711.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.

IRO 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 IRO.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh ở Cấp 2

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu IRO cung cấp 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 IRO.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị thực hiện kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2, IRO phải đưa ra câu trả lời cho quý vị:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- **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 IRO **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 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn trả chi phí cho một loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO.
- Nếu IRO **Từ chối** kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa 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 IRO **Từ chối** Kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền thực hiện Kháng nghị Cấp 3 nếu số tiền của khoản bảo hiểm 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. IRO 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 IRO **Từ chối** 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 IRO đã gửi cho quý vị sau Kháng nghị Cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện Kháng nghị Cấp 3.

ALJ 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.

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 và là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật 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 đài thọ, 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 bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo ngày xuất viện của quý vị.

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.

Bất chấp các kháng nghị được thảo luận trong **Phần H** này, 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập bên cạnh hoặc thay thế Kháng nghị Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về các quyền trong Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, nhân viên bệnh viện, chẳng hạn như điều dưỡng hoặc người phụ trách hồ sơ, sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản gọi là “Thông báo quan trọng từ Medicare về các quyền của quý vị”. Những người có Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào để nhận thông báo. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 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:
 - Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện. Quý vị có quyền biết những dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán cho chúng và quý vị có thể nhận chúng ở đâu.
 - Tham gia vào mọi quyết định về thời gian quý vị nằm viện.
 - Biết nơi cần báo cáo nếu quý vị có bất kỳ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
 - 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 tên đó, nhờ vậy quý vị sẽ có những thông tin nếu quý vị cần.

Nếu quý vị ký thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể nhận bản sao thông báo này trước nếu quý vị:

- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang
- Gọi cho Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 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 đài thọ 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 Tiến Chất Lượng (QIO) 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.

QIO là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang chi trả lương. Những chuyên gia này kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho những người có Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Tại California, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là Livanta (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California). Hãy gọi cho họ 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**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Hãy gọi cho QIO trước thời điểm 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 QIO 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.
- Do thời gian nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal đài thọ, 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 California Department of Managed Health Care (DMHC) hoặc yêu cầu họ tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế 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 cho 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 QIO 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

- Người đánh giá tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị về lý do tại sao quý vị cho rằng khoản bảo hiểm cần được tiếp tục 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 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 bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chậm nhất vào buổi trưa của ngày sau khi những người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được một bức thư cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Lá thư cũng nêu lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi cho rằng đây là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế đối với quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản giải thích này là “**Thông tin chi tiết về 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 trong ngày, 7 ngày trong tuần. (Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể xem thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng tròn một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, QIO sẽ đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được đài thọ của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** kháng nghị của quý vị:

- Tổ chức tin rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Khoản bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào trưa ngày hôm sau kể từ khi QIO trả lời kháng nghị của quý vị.
- Quý vị có thể sẽ phải chi trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện vào trưa ngày hôm sau kể từ khi QIO trả lời Kháng nghị của quý vị.
- Quý vị có thể thực hiện Kháng nghị Cấp 2 nếu QIO bác bỏ Kháng nghị cấp 1 **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

H3. Thực hiện kháng nghị cấp 2

Kháng nghị Cấp 2 là khi quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số (877) 588-1123.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** 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 QIO 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 QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện kể từ trưa ngày hôm sau tính từ ngày QIO bác bỏ Kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân nội trú được đài thọ của quý vị miễn là dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** 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 Tế Độc Lập về việc tiếp tục bảo hiểm thời gian nằm viện của quý vị. Vui lòng tham khảo **Phần E4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

ALJ 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.

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:

- các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn **và**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- dịch vụ chăm sóc phục hồi chức năng khi là bệnh nhân ngoại trú tại CORF được Medicare chấp thuận. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang tiếp 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 đài thọ trong thời gian bác sĩ cho là quý vị sẽ cần dịch vụ đó.

Khi chúng tôi quyết định ngừng đài thọ cho bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải thông báo cho quý vị **trước khi** các dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi khoản bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ.

Nêu 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 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. Thông báo 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 thông báo **chỉ** cho biết quý vị đã có được thông tin. Việc ký **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Thực hiện kháng nghị cấp 1

Nêu 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.

- **Tuân thủ 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 cho HICAP theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với QIO.**
 - 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.
 - 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 QIO xem xét liệu quyết định kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ y tế của quý vị có thích hợp về mặt y tế không.

Thời hạn quý vị cần liên lạc với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu kháng nghị chậm nhất vào trưa của ngày trước ngày có hiệu lực của Thông báo về việc Medicare không đài thọ mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng không xét xử yêu cầu tiếp tục 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 California Department of Managed Health Care (DMHC) hoặc yêu cầu họ tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại lên DMHC và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

Thuật ngữ pháp lý cho thông báo bằng văn bản là “**Thông Báo về Việc Ngừng Bảo Hiểm của Medicare**”. Để nhận mẫu, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Hoặc lấy bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Điều gì xảy ra trong quá trình kháng nghị nhanh

- Người đánh giá tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng khoản bảo hiểm 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 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 ngừng bảo hiểm**”.

- 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 QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ được đài thọ miễn là cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** kháng nghị của quý vị:

- Chương trình sẽ kết thúc bảo hiểm cho quý vị vào ngày mà chúng tôi đã thông báo.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán chi phí cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày đã nêu trong thông báo.
- Quý vị sẽ 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 ngoại trú toàn diện (CORF) sau ngày kết thúc 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.

13. Thực hiện kháng nghị cấp 2

Kháng nghị Cấp 2 là khi quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số (877) 588-1123.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** 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 QIO 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 QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại cho quý vị chi phí 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 QIO **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** 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.

ALJ 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. Đưa kháng nghị của quý vị lên trên Cấp 2

J1. Bước tiếp theo đối với dịch vụ và vật phẩm 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 nghị. 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 IRO cho Kháng nghị Cấp 2 sẽ ghi rõ 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 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 nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- 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 (Hội đồng) 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 đài thọ. Thư quý vị nhận được từ Ban điều trần cấp tiểu bang sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

J3. Kháng nghị Cấp 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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Cấp 3 của quy trình Kháng nghị là phiên điều trần do 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 thuộc 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 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 thuộc 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. Nền 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Khiếu nại	Ví dụ
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.
Thời hạn 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 cho rằng chúng tôi đã không gửi trường hợp của quý vị đến IRO đúng thời hạn.

Có nhiều hình thức khiếu nại khác nhau. Quý vị có thể thực hiện khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Khiếu nại nội bộ được nộp lên và 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 cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711.

Thuật ngữ pháp lý của “khiếu nại” là “than phiền”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Thuật ngữ pháp lý của “thực hiện khiếu nại” là “nộp đơn than phiền”.

K2. Khiếu nại nội bộ

Để thực hiện khiếu nại nội bộ, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627. Quý vị có thể thực hiện khiếu nại vào bất cứ lúc nào, ngoại trừ khiếu nại về thuốc Medicare Phần D. Nếu khiếu nại liên quan đến thuốc Medicare Phần D, quý vị phải thực hiện 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.
- Chỉ có thể giải quyết than phiền bằng lời nói trong trường hợp không liên quan đến tranh chấp về bảo hiểm, dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang tranh chấp có liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế hoặc phương pháp điều trị thử nghiệm/nghiên cứu và được giải quyết trước thời điểm kết thúc giờ làm việc vào ngày hôm sau. Tất cả các trường hợp than phiền khác, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, phải được xác nhận và trả lời bằng văn bản. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số (800) 665-0898, TTY: 711, 7 ngày trong 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 của “khiếu nại nhanh” là “than phiền cấp tốc”.

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 của 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 California 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 California Department of Managed Health Care (DMHC). DMHC chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. 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. Đối với những vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định về kháng nghị Cấp 1 hoặc nếu chương trình bảo hiểm không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày dương lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp kháng nghị Cấp 1 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:

- Gọi số 1-888-466-2219. Những cá nhân khiếm thính, lảng tai hoặc nói kém có thể sử dụng số TTY miễn phí, 1-877-688-9891. Cuộc gọi này miễn phí.
- Truy cập trang web của Department of Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov).

Office for Civil Rights (OCR)

Quý vị có thể khiếu nại lên OCR của Department of Health and Human Services (HHS) nếu quý vị cho rằng quý vị không 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 OCR là 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR tại địa phương theo số:

(877) 588-1123,

Thứ Hai - Thứ Sáu: 9 giờ sáng - 5 giờ chiều (theo giờ địa phương), dịch vụ thư thoại hoạt động 24 giờ.

TTY: (855) 887-6668

<https://www.livantaqio.com/en/states/california>

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật về Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disability Act, ADA). Quý vị có thể liên hệ với văn phòng OCR địa phương theo số (877) 588-1123.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

QIO

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 trực tiếp với QIO về chất lượng của dịch vụ chăm sóc.
- Quý vị có thể khiếu nại với QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại với QIO, chúng tôi sẽ phối hợp với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

QIO là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang chi trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân của Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, hãy tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.

Tại California, QIO được gọi là Call Livanta (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California). Số điện thoại của Livanta 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 rời chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn ở trong các chương trình của Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị có 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 trong chương trình của chúng tôi	202
B. Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	203
C. Cách nhận dịch vụ Medicare riêng và Medi-Cal riêng	203
C1. Dịch vụ Medicare của quý vị	203
C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị	206
D. Cách nhận dịch vụ y tế và thuốc cho đến khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc	206
E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc	207
F. Các quy tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe	207
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	208
H. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị	208

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên 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. Vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có một số lựa chọn để chấm dứt tư cách thành viên của mình với chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau vào mỗi năm:

- **Giai đoạn ghi danh hàng năm**, 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 Medicare Advantage (MA)** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh vào một chương trình, từ tháng đủ điều kiện hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 đủ điều kiện. 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,
- tính đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) của quý vị thay đổi, **hoặc**
- nếu gần đây quý vị chuyển đến, hiện đang được chăm sóc tại, hoặc vừa chuyển ra khỏi viện 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 (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

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 tìm hiểu thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách thành viên bằng cách gọi cho: Bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang này. Số điện thoại dành cho người dùng TTY cũng được cung cấp.

- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm 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 email 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

B. Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quyết định chấm dứt tư cách thành viên, quý vị có thể ghi danh tham gia một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare nhưng quý vị chưa chọn một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng, quý vị phải yêu cầu hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể yêu cầu hủy ghi danh theo hai cách:

- Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thức thực hiện.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY (những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi số 1-877-486-2048. Khi gọi đến số 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc khác của Medicare. Để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ Medicare khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy xem trong bảng trong Phần C1.
- Gọi cho Health 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 vào 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 các dịch vụ Medicare được liệt kê dưới đây bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một lựa chọn bổ sung được liệt kê bên dưới vào một số thời điểm nhất định trong năm bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong **Phần A**. Bằng cách chọn một trong 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: Chương Trình Medicare Medi-Cal (Chương Trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các chương trình Medi-Medi phối hợp tất cả các quyền lợi và dịch vụ của cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ. Lưu ý: Thuật ngữ Chương Trình Medi-Medi là tên gọi của các chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép tích hợp (D-SNP) tại California.	Cần làm như sau: Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về chương trình Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). 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 giờ sáng đến 5:00 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/. HOẶC Ghi danh vào Chương Trình Medi-Medi 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 sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi của quý vị.
2. Quý vị có thể chuyển sang: Original Medicare đi kèm với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng	Cần làm như sau: Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 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 giờ sáng đến 5:00 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/. 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:

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 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Cần làm như sau:

Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 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 giờ sáng đến 5:00 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/.

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.

4. Quý vị có thể chuyển sang: Bất kỳ chương trình sức khỏe Medicare nào trong những thời điểm nhất định trong năm bao gồm Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm và Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage hoặc các tình huống khác được mô tả trong Phần A.	Cần làm như sau: Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về chương trình Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). 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 giờ sáng đến 5:00 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/. 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.
--	--

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi 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 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ tối. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077. Đặt câu hỏi về ảnh hưởng của việc tham gia chương trình 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 của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi 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 thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế.
- Sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm thông qua các dịch vụ nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi để mua thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách thành viên của quý vị 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 xuất viện. Điều này sẽ xảy ra ngay cả khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu có hiệu lực trước khi quý vị xuất viện.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Đây là những trường hợp khi chúng tôi phải chấm dứt 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 tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ tiêu chuẩn tham gia cả Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal, thì quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi với các quyền lợi Medicare, vui lòng xem thông tin bên dưới về thời gian xét duyệt
 - Nếu quý vị không được nhận lại bảo hiểm Medi-Cal và dự kiến sẽ không được nhận lại bảo hiểm Medi-Cal trong vòng 3 tháng, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và sẽ không còn được nhận các dịch vụ từ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan. Hãy gọi cho bộ phận dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.
- 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 đi 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 dịch vụ chăm sóc thông qua các quyền lợi dành cho khách du lịch hoặc khách lữ hành 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 quy tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong 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 khiếu nại hoặc phàn nàn về quyết định 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	210
B. Thông báo về không phân biệt đối xử	210
C. Thông báo về việc Medicare là đơn vị thanh toán thứ hai và Medi-Cal là đơn vị thanh toán cuối cùng	211
D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal	211

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

A. Thông báo về luật

Có 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 khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể được 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 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 nộp đơn than phiền về vấn đề phân biệt đối xử, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627 TTY: 711 hoặc gửi thư đến địa chỉ: 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 Office of Civil, 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 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

C. Thông báo về việc Medicare là đơn vị thanh toán thứ hai và Medi-Cal là 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 yêu cầu hoàn tiền từ tài sản được chứng thực di chúc của một số thành viên đã qua đời đối với các phúc lợi Medi-Cal nhận được vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 55 của họ. Khoản hoàn tiền bao gồm Phí tính theo dịch vụ và phí bảo hiểm dịch vụ chăm sóc có quản lý/khoản thanh toán theo định suất cho các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng, dịch vụ tại nhà và tại 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 được dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng. Khoản hoàn tiền không được vượt quá giá trị tài sản được chứng thực di chúc của thành viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang web 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 về 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 này 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 bộ phận Dịch vụ thành viên.

Hoạt động sinh hoạt 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 hỗ trợ thuốc 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 không lưu trú: 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 nghị: 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 nghị. **Chương 9** trong Sổ Tay Thành Viên của quý vị giải thích về kháng nghị, bao gồm cả cách thức kháng nghị.

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.

Sản phẩm sinh học: Một loại thuốc theo toa được làm từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, do đó các dạng thay thế được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. (Xem thêm “Sản Phẩm Sinh Học Gốc” và “Sản Phẩm Sinh Học Tương Tự”).

Sản phẩm sinh học tương tự: Một loại thuốc sinh học rất giống, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học gốc. Sản phẩm sinh học tương tự an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới. (Xem “Sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế”).

Biệt dược: Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty đã sản xuất ra thuốc đó đầu tiên. 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.

Điều phối viên chăm sóc: Người liên hệ chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm sức khỏe và với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết.

Kế hoạch chăm sóc: Tham khảo “Kế hoạch chăm sóc cá nhân”.

Dịch vụ tùy chọn của kế hoạch 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.

Nhóm chăm sóc: Tham khảo “Nhóm chăm sóc liên ngành”.

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 sẽ có cách liên hệ với CMS.

Dịch vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (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, liệu pháp cơ năng 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 đài thọ 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 ngoại trú toàn diện (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, liệu pháp cơ năng, liệu pháp ngôn ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường trong nhà.

Quyết định bảo hiểm: Một quyết định về những quyền lợi nào chúng tôi sẽ đài thọ. Quyết định này bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ 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 đài thọ: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các thuốc theo toa và không theo toa (OTC) mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

Dịch vụ được đài thọ: 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 theo toa, thiết bị và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

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.

Department of Health Care Services (DHCS): Cơ quan của tiểu bang tại California quản lý Chương trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal).

Department of Managed Health Care (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 Tế 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.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, biệt dược hoặc thuốc không theo toa (OTC) là những ví dụ về các bậc thuốc. Mọi loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc đều thuộc một bậc.

Chương trình đáp ứng nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP): Chương trình bảo hiểm sức khỏe phục vụ những cá nhân đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật phẩm 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được đài thọ 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 đài thọ 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 đài thọ.

Trợ Giúp 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. Trợ Giúp 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 biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần giống như biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và có công dụng như 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 dịch vụ chăm sóc cho quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cung cấp.

Chương Trình 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 sẽ có 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 các điều phối viên chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả nhà cung cấp và 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 nhà: 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). Những người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp.

Chăm sóc cuối đời: 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 đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh nan y, nghĩa là chỉ còn sống được từ 6 tháng trở xuống.

- Người ghi danh có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một nhóm chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo 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.

Tính 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) tính 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.

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 tính hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 điều dưỡng 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), cùng đi tới các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ đối với người gặp vấn đề về tâm 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 California Department of Managed Health Care 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 quyết định IMR có lợi cho 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 Lập (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 **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**.

Hiệp Hội Bác Sĩ Độc Lập (Independent Physician Association, IPA): IPA là một công ty ký hợp đồng với Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), có trách nhiệm sắp xếp một nhóm bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác thực hiện thăm khám cho 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 chăm sóc cá nhân (ICP hay Chương trình chăm sóc): Chương trình chăm sóc bao gồm mối quan tâm chính, mục tiêu, nhu cầu và những dịch vụ về sức khỏe mà quý vị có thể cần. Chương trình của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe 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 để nhận 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.

Nhóm chăm sóc liên ngành (ICT hay Nhóm chăm sóc): Nhóm chăm sóc có thể bao gồm Bác sĩ chăm sóc chính, Người quản lý hồ sơ, cũng như có thể bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên khoa khác, Người chăm sóc hoặc các chuyên gia y tế khác – những người luôn sẵn sàng giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập hoặc cập nhật chương trình chăm sóc của quý vị.

D- SNP Tích Hợp: Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép bao gồm Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất dành cho một số nhóm cá nhân đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này được gọi là cá nhân đủ điều kiện hưởng đầy đủ quyền lợi kép.

Sản Phẩm Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Thế: Có thể mua sản phẩm sinh học tương tự để thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì sản phẩm đó đáp ứng các yêu cầu bổ sung có khả năng tự động thay thế. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật của tiểu bang.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ (Danh Sách Thuốc): Danh sách thuốc theo toa và thuốc không theo 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 (Long-term services and supports, 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 chương trình của chúng tôi đài thọ bao gồm Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS), còn được gọi là dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, 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 (Low-income subsidy, LIS): Tham khảo “Trợ Giúp 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 đài thọ 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 của chương trình Medicaid của California. Medi-Cal được quản lý bởi tiểu bang và được chi trả bởi tiểu bang và chính quyền 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 đài thọ 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 đài thọ nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận cả Medicare và Medicaid.

Chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ đài thọ quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Quyền lợi Medicare là riêng biệt.

Medicaid (hoặc Hỗ Trợ Y Tế): Chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid dành cho 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 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 hoặc cần thiết theo các quy tắc bảo hiểm hiện tại của Medicare hoặc Medi-Cal.

Medicare: Chương trình bảo hiểm y tế 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 chương trình 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 chi trả cho các công ty này để đài thọ các quyền lợi Medicare của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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.

Dịch vụ được Medicare đài thọ: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ. Tất cả chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, trong đó có chương trình của chúng tôi, phải đài thọ mọi dịch vụ mà Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ.

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 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 đài thọ 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 quyền lợi thuốc theo toa của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là “Phần D”. Medicare Phần D đài thọ cho thuốc theo toa ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid đài thọ. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D. Quốc hội loại trừ cụ thể một số danh mục thuốc nhất định sẽ không được Medicare Phần D đài thọ. Medicaid có thể đài thọ cho một số loại thuốc này.

Quản lý liệu pháp thuốc (Medication Therapy Management, 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 để biết thêm thông tin.

Chương Trình Medi-Medi: Chương Trình Medicare Medi-Cal (Chương Trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các chương trình Medi-Medi phối hợp tất cả các quyền lợi và dịch vụ của cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ.

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 đài thọ, 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 Về Việc 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, quyền lợi, than phiền và kháng nghị. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đòi hỏi 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 đòi hỏi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “nhà cung cấp trong chương trình”.

Cơ sở hoặc viện điều dưỡng: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm viện.

Phòng thanh tra: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị hoạt động với vai trò hỗ trợ đại diện 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 của tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra một quyết định của tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi quyết định các dịch vụ có được đòi hỏi hay không hoặc số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được đòi hỏi là bao nhiêu. Quyết định của tổ chức được gọi là “quyết định bảo hiểm”. **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị sẽ giải thích về quyết định bảo hiểm.

Sản Phẩm Sinh Học Gốc: Một sản phẩm sinh học đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận và được dùng làm sản phẩm so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Sản phẩm này còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ được đòi hỏi bằng cách chi trả cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo số 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 đòi hỏi 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 đòi hỏi

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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.

Thuốc không theo toa (OTC): Thuốc không theo 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 sức khỏe cá nhân (còn gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và bệnh sử. Tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cũng như các quyền của quý vị 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* của quý vị 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 từ 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 đòi hỏi cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không được chấp thuận.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác của quý vị nhận được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được đòi hỏi 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.

- Thuốc được bảo hiểm cần được chấp thuận trước được đánh dấu trong Danh Sách Thuốc Được Đòi Thòi và các quy tắc được đăng trên trang web của chúng tôi.

Chương trình chăm sóc toàn diện dành cho người lớn tuổi (PACE): Chương trình đòi hỏi các quyền 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 gông tay, lưng và cổ; chân tay 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (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 đài thọ trên mỗi thuốc theo toa.

Real Time Benefit Tool (Công cụ tìm quyền lợi theo thời gian thực): Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và thuốc được đài thọ 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) hoặc của chúng tôi để 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 đài thọ 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.

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.

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 khẳng 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 phải cấp cứu). Chương trình của chúng tôi chỉ mở ghi danh cho những người sống ở khu vực dịch vụ của chúng tôi.

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 khoa: Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên khoa.

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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 đài thọ cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu.

Thu nhập an sinh bổ sung (SSI): Quyền lợi hàng tháng do Social Security 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. Quyền lợi SSI không giống với quyền lợi của Social Security.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết: 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 cần thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể phục vụ hoặc quý vị không thể đến các nhà cung cấp trong mạng lưới vì trong thời gian, địa điểm, hoặc 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 lường trước được nhưng không phải là trường hợp cấp cứu y tế).



CALIFORNIA EAE NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبیه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաճանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627, (TTY՝ 711): Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。



ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY：711)までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY：711)までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。



주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂ້ອນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອກທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។



توجه: اگر می‌خواهید راهنمایی‌ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711 TTY) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711 TTY) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می‌شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย



УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in có lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Phương thức	Thông tin liên hệ
GỌI	(855) 665-4627 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 7 ngày trong 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 người không nói tiếng Anh.
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 hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí.
FAX	Đối với dịch vụ y tế: Attn: Medicare Member Services Fax: (310) 507-6186 Đối với dịch vụ Phần D (Rx): Fax: (866) 290-1309
GỬI THƯ ĐẾN	Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Đối với dịch vụ Phần D (Rx): Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
TRANG WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare