CA H5810-016

# 2023
# Thông báo thay đổi hàng năm

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

### California CA H5810-016

Phục vụ các hạt sau đây: Los Angeles, Riverside (một phần), San Bernardino (một phần) và San Diego

**Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023**

MOLINA® HEALTHCARE

Chương trình Cal MediConnect của Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan sẽ thay đổi. Quý vị sẽ được đăng ký tham gia cùng chương trình Medicare và Medi-Cal, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), do cùng một công ty cung cấp cho quý vị chương trình Cal MediConnect. Những chương trình này sẽ được gọi chung là (Chương trình Medicare Medi-Cal (Chương trình MMP hoặc Medi-Medi)) và được thiết kế để phối hợp chăm sóc cho người có cả Medicare và Medi-Cal. Quý vị vẫn sẽ nhận được các phúc lợi chăm sóc sức khỏe giống như hiện tại.

Quý vị sẽ tiếp tục nhận được các dịch vụ thông qua Cal MediConnect cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. Vào ngày 1 tháng 1 năm 2023, quý vị sẽ tự động nhận dịch vụ thông qua (Chương trình Medicare Medi-Cal (Chương trình MMP hoặc Medi-Medi)). Nếu quý vị hiện đang tham gia chương trình Cal MediConnect, quý vị không cần phải làm gì để đăng ký và giữ các phúc lợi hiện tại.

(Chương trình Medicare Medi-Cal (Chương trình MMP hoặc Medi-Medi)) sẽ giúp quý vị đáp ứng tất cả nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình và sẽ tiếp tục điều phối phúc lợi và dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều này bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ gia đình và dịch vụ dựa trên cộng đồng. Phúc lợi cũng bao gồm thuốc và vật tư y tế. Chương trình sẽ có các bác sĩ quý vị đang khám hiện tại hoặc giúp quý vị tìm được bác sĩ mới mà quý vị muốn. Quý vị sẽ bắt đầu nhận được thư về thay đổi này vào tháng 10 năm 2022. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị tài liệu thành viên tích hợp, chẳng hạn như một Thẻ ID thành viên tích hợp và Sổ tay thành viên.

Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì vào mùa thu này để tiếp tục dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị từ chương trình hiện tại. Nếu quý vị có câu hỏi về phạm vi bảo hiểm trong năm 2022, hãy liên hệ với chương trình Cal MediConnect hiện tại.

**Chương trình Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), một chương trình Medicare Medi-Cal do Molina Healthcare of California cung cấp**

# *Thông báo Thay đổi hàng năm* cho năm 2023

## Giới thiệu

Quý vị hiện đã được đăng ký làm thành viên chương trình của chúng tôi. Năm sau, sẽ có một số thay đổi về phúc lợi, phạm vi bảo hiểm, quy tắc và chi phí của chúng tôi. Thông báo Thay đổi hàng năm này cho quý vị biết về các thay đổi và nơi tìm thêm thông tin. Để biết thêm thông tin về chi phí, phúc lợi hoặc quy tắc, vui lòng xem lại Sổ tay thành viên, có trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. 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.** Tuyên bố miễn trừ ..... 3

**B.** Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm sau ..... 3

B1. Tài nguyên bổ sung ..... 3

B2. Thông về chương trình của chúng tôi ..... 5

B3. Những việc quan trọng cần làm ..... 6

**C.** Thay đổi tên chương trình của chúng tôi ..... 7

**D.** Thay đổi nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi ..... 7

**E.** Những thay đổi về phúc lợi và chi phí vào năm tới ..... 8

E1. Thay đổi về phúc lợi và chi phí dịch vụ y tế ..... 8

E2. Thay đổi bảo hiểm thuốc theo toa ..... 13

E3. Giai đoạn 1: “Giai đoạn bảo hiểm ban đầu” ..... 14

E4. Giai đoạn 2: “Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm” ..... 16

E5. Giai đoạn 3: “Giai đoạn bảo hiểm tai ương” ..... 16

**F.** Chọn một chương trình ..... 16

F1. Tiếp tục với chương trình của chúng tôi ..... 16

F2. Thay đổi chương trình ..... 17

**G.** Nhận trợ giúp ..... 19

G1. Chương trình của chúng tôi ..... 19

G2. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ bảo hiểm y tế (HICAP) ..... 20

G3. Chương trình thanh tra ..... 20

G4. Medicare ..... 20

G5. Cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý tiểu bang California ..... 21

## A. Tuyên bố miễn trừ

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là Chương trình bảo hiểm sức khỏe với Hợp đồng Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang. Việc đăng ký Molina Medicare Complete Care Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- Danh sách thuốc được bao trả và/hoặc mạng lưới nhà thuốc và nhà cung cấp có thể thay đổi trong suốt năm. Chúng tôi sẽ gửi thông báo đến quý vị trước khi chúng tôi thực hiện một thay đổi có ảnh hưởng đến quý vị.
- Molina Healthcare tuân thủ luật pháp về quyền dân sự Liên bang hiện hành và không phân biệt về chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, giới tính, độ tuổi, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, việc tiếp nhận chăm sóc sức khỏe, lịch sử yêu cầu bảo hiểm, tiền sử y khoa, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm, vị trí địa lý.

## B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm sau

Khi *Thông báo thay đổi hàng năm* này đề cập đến “chúng tôi”, “đối với chúng tôi”, “của chúng tôi” hay “chương trình của chúng tôi”, điều đó nghĩa là Chương trình Medicare Medi-Cal Coordination.

Điều quan trọng là bây giờ cần xem lại bảo hiểm của quý vị để đảm bảo vẫn đáp ứng các nhu cầu của quý vị trong năm sau. Nếu không đáp ứng nhu cầu của quý vị, quý vị có thể rời chương trình chúng tôi. Tham khảo phần E2 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị chọn rời chương trình của chúng tôi, tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà quý vị gửi yêu cầu.

Quý vị sẽ vẫn thuộc các chương trình của Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện.

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận thông tin về:

- Các tùy chọn của Medicare trong bảng trong **Phần F2**
- Dịch vụ Medi-Cal trong **Phần F2**

### B1. Tài nguyên bổ sung

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.

- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 665-4627 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày 1 tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này là miễn phí.
- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (855) 665-4627 (TTY: 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Libre ang tawag.
- ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان، اتصل برقم 665-4627 (855) (رقم هاتف الصم والبكم: 711)، على مدى 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني.
- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (855) 665-4627 (TTY：711)，全年無休，上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.（當地時間）。此為免付費電話。
- 참고: 영어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 매일 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 무료 전화입니다.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (855) 665-4627, телетайп: 711, без выходных, с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени . Звонок бесплатный.
- توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی، به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 665-4627 (855)، 7 ،TTY: 711 روز هفته، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید. تماس رایگان است.
- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (855) 665-4627, TTY (հեռատիպ)՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է:
- ប្រយ័ត្ន៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ហាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរស័ព្ទមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។
- Quý vị có thể nhận được *Thông báo Thay đổi hàng năm* miễn phí ở các định dạng khác như bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu lâu dài. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu lâu dài của quý vị. Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa.

- Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương để cập nhật hồ sơ bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này theo 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, giờ địa phương. Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu lâu dài. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người quản lý hồ sơ để được trợ giúp về yêu cầu lâu dài.

**B2. Thông về chương trình của chúng tôi**

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp phúc lợi của cả hai chương trình cho các thành viên.
- Bảo hiểm theo Molina Medicare Complete Care Plus là bảo hiểm y tế đủ điều kiện được gọi là “bảo hiểm cần thiết tối thiểu”. Bảo hiểm này đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chung cá nhân của Đạo luật Bảo vệ bệnh nhân và chăm sóc sức khỏe hợp túi tiền (ACA). Truy cập trang web của Sở thuế vụ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chia sẻ từng cá nhân.

**B3. Những việc quan trọng cần làm**

- **Kiểm tra xem có thay đổi nào đối với phúc lợi và chi phí của chúng tôi mà có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Có thay đổi nào ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị sử dụng không?
  - Xem xét lại những thay đổi phúc lợi và chi phí để đảm bảo những thông tin này hữu ích cho quý vị vào năm sau.
  - Hãy tham khảo **Phần F1** để biết thông tin về các thay đổi phúc lợi và chi phí cho chương trình của chúng tôi.
- **Kiểm tra xem có thay đổi nào đối với bảo hiểm thuốc theo toa của chúng tôi mà có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Thuốc của quý vị có được bao trả không? Các thuốc này có thuộc bậc chia sẻ chi phí (5) khác không? Quý vị có thể sử dụng cùng nhà thuốc không?
  - Xem lại các thay đổi để đảm bảo rằng bảo hiểm thuốc sẽ có lợi cho quý vị vào năm sau.
  - Hãy tham khảo **Phần F2** để biết thông tin về các thay đổi trong bảo hiểm thuốc của chúng tôi.
  - Chi phí thuốc của quý vị có thể đã tăng từ năm trước.

  Hãy trao đổi với bác sĩ về các lựa chọn khác có chi phí thuốc thấp hơn dành cho quý vị; việc này có thể giúp quý vị tiết kiệm chi phí tự trả hàng năm trong suốt cả năm.

  - Xin nhớ rằng các phúc lợi chương trình của quý vị quyết định chính xác mức độ thay đổi chi phí thuốc của quý vị.
- **Kiểm tra xem nhà cung cấp và nhà thuốc của quý vị có trong mạng lưới của chúng tôi vào năm sau hay không.**
  - Bác sĩ, bao gồm bác sĩ chuyên khoa quý vị có trong mạng lưới của chúng tôi không? Còn nhà thuốc của quý vị thì sao? Còn các bệnh viện hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng?
  - Hãy tham khảo **Phần D** để biết thông tin về *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.
- **Suy nghĩ về tổng chi phí của quý vị trong chương trình.**
  - Chi phí tự trả cho dịch vụ và thuốc theo toa mà quý vị sử dụng định kỳ là bao nhiêu?
  - Tổng chi phí so với các lựa chọn bảo hiểm khác như thế nào?
- **Nghĩ về việc quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.**

**Nếu quý vị quyết định vẫn tiếp tục với Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**

Nếu vẫn muốn sử dụng dịch vụ của chúng tôi vào năm sau, quý vị không cần làm gì cả. Nếu không thay đổi, quý vị sẽ tự động được tiếp tục ghi danh trong Molina Medicare Complete Care Plus.

**Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:**

Nếu quý vị quyết định là bảo hiểm khác phù hợp với nhu cầu của mình hơn, quý vị có thể chuyển đổi chương trình (tham khảo **Phần F2** để biết thêm thông tin). Nếu ghi danh tham gia chương trình mới hoặc đổi sang Original Medicare, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

## C. Thay đổi tên chương trình của chúng tôi

Vào ngày 1 tháng 1 năm 2023, tên chương trình của chúng tôi sẽ đổi từ Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan Medicare-Medicaid Plan thành Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) một Medicare Medi-Cal Plan.

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal. Quý vị phải sử dụng thẻ thành viên của mình khi nhận bất kỳ dịch vụ nào được chương trình này bao trả và cho thuốc theo toa mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới.

## D. Thay đổi nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi

Chúng tôi không thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của mình trong năm tới.

Tuy nhiên, xin lưu ý là chúng tôi cũng có thể thực hiện thay đổi trong mạng lưới của mình trong xuyên suốt năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền nhất định và được bảo vệ. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên*.

Chúng tôi đặc biệt khuyến khích quý vị **xem lại *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc hiện tại*** của chúng tôi để biết liệu nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của quý vị có còn nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* được cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi đến Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* qua thư cho quý vị.

Xin lưu ý rằng chúng tôi cũng có thể có thay đổi trong mạng lưới của mình trong năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền nhất định và được bảo vệ. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên*.

# E. Những thay đổi về phúc lợi và chi phí vào năm tới

### E1. Thay đổi về phúc lợi và chi phí dịch vụ y tế

Chúng tôi sẽ thay đổi mức bảo hiểm của mình cho một số dịch vụ y tế nhất định và số tiền quý vị chi trả cho các dịch vụ y tế được bao trả này vào năm sau. Bảng dưới đây trình bày những thay đổi này.

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| **Các dịch vụ bỏ hút thuốc và cai thuốc lá bổ sung** | Chương trình bao trả **8 dịch vụ tư vấn bổ sung mỗi năm theo lịch** ngoài bảo hiểm do Medicare cung cấp. | Các dịch vụ bỏ hút thuốc và cai thuốc lá bổ sung **không còn được bao trả nữa**. |
| **Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa khác** | Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa khác **không** được bao trả. | Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa khác **được** bao trả. |
| **American Logistics** | Dịch vụ vận chuyển của quý vị do American Logistics quản lý. | American Logistics không còn là nhà cung cấp cho năm 2023. Quý vị hiện có thể sử dụng thẻ MyChoice trả trước của mình để thanh toán cho các dịch vụ vận chuyển từ bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ vận tải nào tham gia. |
| **Khám sức khỏe thể chất hàng năm** | Khám sức khỏe thể chất hàng năm **không** được bao trả. | Khám sức khỏe thể chất hàng năm **được** bao trả. |
| **Dịch vụ nha khoa** | Dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện bổ sung **không** được bao trả. | Dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện bổ sung **được** bao trả.<br><br>Quý vị được trợ cấp **$4,000** mỗi năm cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện kết hợp. Quý vị nhận được thẻ ghi nợ MyChoice trả trước có thể được sử dụng cho các phúc lợi bổ sung của chương trình. Dịch vụ thẩm mỹ không được bao trả trong chương trình này và quý vị có thể không sử dụng thẻ MyChoice để thanh toán. Trợ cấp này được sử dụng cho các dịch vụ không được Original Medicare or Medicaid bao trả. |

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| **Phúc lợi tập luyện thể chất** | Phúc lợi tập luyện thể chất **không** được bao trả. | Phúc lợi tập luyện thể chất **được** bao trả. |
| **Thực phẩm và Sản phẩm** | Trợ cấp Thực phẩm và Sản phẩm **không** được bao trả. | Trợ cấp Thực phẩm và Sản phẩm **có thể** được bao trả.<br>Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi ở Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. |
| **Dịch vụ thính giác** | Quý vị được bao trả cho 1 lần khám tai mỗi năm, và gắn/đánh giá cho thiết bị trợ thính 1 lần mỗi 2 năm theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid).<br>Nếu quý vị được thông báo là quý vị cần thiết bị trợ thính, quý vị được trợ cấp thiết bị trợ thính là $1510 mỗi năm cho cả hai tai kết hợp theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). | Quý vị được bao trả cho 1 lần khám tai mỗi năm, và gắn/đánh giá cho thiết bị trợ thính 1 lần mỗi 2 năm theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). **Chương trình của chúng tôi bao trả thêm cho một lần gắn/đánh giá thiết bị trợ thính 1 lần mỗi năm**.<br>Nếu quý vị được thông báo là quý vị cần thiết bị trợ thính, quý vị được trợ cấp thiết bị trợ thính là $1510 mỗi năm cho cả hai tai kết hợp theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). **Chương trình của chúng tôi bao trả thêm cho 2 thiết bị trợ thính được lựa chọn trước từ một nhà cung cấp được phê duyệt theo chương trình.** |
| **Hỗ trợ tại nhà** | Hỗ trợ tại nhà **không** được bao trả. | Hỗ trợ tại nhà **được** bao trả. |
| **March Vision** | Phúc lợi thị lực của quý vị do March Vision quản lý. | March Vision không còn là nhà cung cấp cho năm 2023.<br>Quý vị hiện có thể sử dụng thẻ MyChoice trả trước của mình để thanh toán cho các phúc lợi thị lực từ bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ thị lực nào tham gia. |

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| **Chi phí tự trả tối đa của người đăng ký (MOOP)** | Không có Chi phí tự trả tối đa của người đăng ký (MOOP). | Khoảng Chi phí tự trả tối đa của người đăng ký (MOOP) từ **$0 đến $8300.**<br><br>Không có khoản chia sẻ chi phí dành cho dịch vụ y tế trong chương trình Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), vì vậy chi phí tự trả hàng năm của quý vị là **$0**. |
| **Hạn mức Ứng dụng Sức khỏe thể chất và tinh thần** | Trợ cấp Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần **không** được bao trả. | Trợ cấp Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần **có thể** được bao trả.<br>Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi ở Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. |
| **Bộ kit xét nghiệm gen không thuộc Medicare bao trả** | Bộ kit xét nghiệm gen không thuộc Medicare bao trả **không** được bao trả. | Bộ kit xét nghiệm gen không thuộc Medicare bao trả **có thể** được bao trả.<br>Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi ở Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. |
| **Phúc lợi dinh dưỡng/chế độ ăn uống** | Các buổi tư vấn Dinh dưỡng/chế độ ăn uống cá nhân không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). | Các buổi tư vấn Dinh dưỡng/chế độ ăn uống cá nhân không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid).<br><br>**Chương trình của chúng tôi bao trả thêm 12 buổi tư vấn theo nhóm/gọi điện cá nhân.** |
| **Các thuốc không theo toa (OTC)** | Quý vị được trợ cấp **$60** mỗi quý để chi trả cho các mặt hàng, sản phẩm và thuốc OTC được chương trình phê duyệt. | Quý vị được trợ cấp **$400** mỗi quý để chi trả cho các mặt hàng, sản phẩm và thuốc OTC được chương trình phê duyệt. Quý vị nhận được thẻ ghi nợ MyChoice |

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| | | trả trước có thể được sử dụng cho các phúc lợi bổ sung của chương trình. |
| **Personal Emergency Response System Plus (PERSPlus)** | Personal Emergency Response System Plus (PERSPlus) **không** được bao trả. | Personal Emergency Response System Plus (PERSPlus) **được** bao trả. |
| **Kiểm soát sinh vật gây hại** | Kiểm soát sinh vật gây hại **không** được bao trả. | Kiểm soát sinh vật gây hại **có thể** được bao trả.<br>Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi ở Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. |
| **Dịch vụ điều trị bệnh về chân bổ sung** | Dịch vụ điều trị bệnh về chân bổ sung **không** được bao trả. | Dịch vụ điều trị bệnh về chân bổ sung **được** bao trả, 12 lần khám mỗi năm. |
| **Trợ cấp vật tư về dịch vụ động vật** | Trợ cấp vật tư về dịch vụ động vật **không** được bao trả. | Trợ cấp vật tư về dịch vụ động vật **có thể** được bao trả.<br>Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi ở Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. |
| **Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính** | Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính **không** được bao trả. | Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính **có thể** được bao trả.<br>Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, tham khảo bảng phúc lợi ở Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. |
| **Trị liệu từng bước** | Trị liệu từng bước **không** bắt buộc. | Trị liệu từng bước **có thể** bắt buộc cho một số loại thuốc nhất định. |

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| **Dịch vụ vận chuyển** | Dịch vụ vận chuyển không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). | Dịch vụ vận chuyển không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid).<br><br>**Chương trình của chúng tôi bao trả thêm khoản trợ cấp $200 mỗi ba tháng cho dịch vụ vận chuyển**. Quý vị nhận được thẻ ghi nợ MyChoice trả trước có thể được sử dụng cho các phúc lợi bổ sung của chương trình. |
| **Các dịch vụ thị giác** | Quý vị được bao trả cho 1 lần khám mắt định kỳ (và khám tật khúc xạ) để cắt kính mỗi năm theo lịch theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid).<br><br>Quý vị được trợ cấp $100 cho mắt kính (gọng kính và tròng kính) hoặc tối đa $100 cho kính áp tròng mỗi 2 năm theo lịch theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). | Quý vị được bao trả cho 1 lần khám mắt định kỳ (và khám tật khúc xạ) để cắt kính mỗi năm theo lịch theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid).<br><br>Quý vị được trợ cấp $100 cho mắt kính (gọng kính và tròng kính) hoặc tối đa $100 cho kính áp tròng mỗi 2 năm theo lịch theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid).<br><br>**Chương trình của chúng tôi trợ cấp $500 bổ sung mỗi năm cho khám mắt định kỳ và mắt kính kết hợp.** Quý vị nhận được thẻ ghi nợ MyChoice trả trước có thể được sử dụng cho các phúc lợi bổ sung của chương trình. Dịch vụ thẩm mỹ không được bao trả trong chương trình này và quý vị có thể không sử dụng thẻ MyChoice để thanh toán. Trợ cấp này được sử dụng cho các dịch vụ không được Original Medicare or Medicaid bao trả. |
| **Bảo hiểm chăm sóc cấp cứu toàn cầu** | Bảo hiểm chăm sóc cấp cứu toàn cầu **không** được bao trả. | Bảo hiểm chăm sóc cấp cứu toàn cầu **được** bao trả. Quý vị được bao trả cho dịch vụ chăm sóc |

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| | | khẩn cấp và cấp cứu toàn cầu tối đa **$10,000** mỗi năm theo lịch. |

**E2. Thay đổi Thay đổi bảo hiểm chi phí theo đơn thuốc**

**Thay đổi Danh sách thuốc của chúng tôi**

*Danh sách thuốc được bao trả* cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi đến Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh sách thuốc được bao trả* qua thư cho quý vị.

*Danh sách thuốc được bao trả* cũng được gọi là “Danh sách thuốc”.

Chúng tôi đã thay đổi Danh sách thuốc của mình, bao gồm thay đổi về loại thuốc mà chúng tôi bao trả và thay đổi về giới hạn áp dụng đối với khoản bao trả của chúng tôi cho các loại thuốc nhất định.

Xem lại Danh sách thuốc **để đảm bảo rằng thuốc của quý vị sẽ được bao trả trong năm sau** và để biết liệu có bất kỳ giới hạn nào không.

Nếu việc thay đổi khoản bao trả thuốc làm ảnh hưởng đến quý vị, chúng tôi khuyến khích quý vị:

- Làm việc với bác sĩ của mình (hoặc bác sĩ kê toa khác) để tìm một loại thuốc khác mà chúng tôi bao trả.
  - Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc liên hệ với Người quản lý hồ sơ của mình để yêu cầu danh sách thuốc được bao trả để điều trị cùng một bệnh trạng.
  - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy thuốc được bao trả có thể phù hợp với quý vị.
- Phối hợp với bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) và yêu cầu chúng tôi chấp nhận một trường hợp ngoại lệ để bao trả thuốc này.
  - Quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ trước năm sau và chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc giấy xác nhận từ bác sĩ kê toa của quý vị).
  - Để tìm hiểu những điều quý vị phải làm để yêu cầu ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* hoặc gọi Dịch vụ thành viên theo các số ở cuối trang.
  - Nếu quý vị cần trợ giúp yêu cầu trường hợp ngoại lệ, có thể liên lạc với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị. Tham khảo Chương 2 và 3 trong *Sổ tay thành viên* để tìm hiểu thêm về cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị.

Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một lượng thuốc tạm thời.

Trong vài trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc **tạm thời** của quý vị trong (90) ngày đầu tiên của năm theo lịch.

Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng cho tối đa một tháng (31) ngày. (Để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời và cách yêu cầu, hãy xem **Chương 5** của *Sổ tay thành viên*).

Khi quý vị nhận lượng thuốc tạm thời, nên trao đổi với bác sĩ của mình về những việc cần làm khi dùng hết lượng thuốc này. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc yêu cầu chúng tôi tạo trường hợp ngoại lệ cho quý vị và bao trả thuốc hiện tại của quý vị.

**Thay đổi chi phí thuốc theo toa**

Có ba giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Số tiền mà quý vị thanh toán sẽ tùy thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Sau đây là ba giai đoạn:

| **Giai đoạn 1**<br>**Giai đoạn bảo hiểm ban đầu** | **Giai đoạn 2**<br>**Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm** | **Giai đoạn 3**<br>**Giai đoạn bảo hiểm tai ương** |
|---|---|---|
| Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi thanh toán một phần chi phí cho thuốc của quý vị và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Phần chia sẻ chi phí của quý vị được gọi là đồng thanh toán.<br><br>Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên của mình trong năm. | Trong giai đoạn này, quý vị phải trả chi phí thuốc của mình.<br><br>Quý vị bắt đầu giai đoạn này sau khi quý vị thanh toán một khoản chi phí tự trả. | Trong giai đoạn này, chương trình trả toàn bộ chi phí thuốc của quý vị đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.<br><br>Quý vị bắt đầu giai đoạn này sau khi quý vị thanh toán một khoản chi phí tự trả. |

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của thuốc theo toa đạt **$4,660**. Vào thời điểm đó, Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm bắt đầu. Khi quý vị đã tự trả tổng cộng **$7,400** trong năm theo lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm sang Giai đoạn bảo hiểm tai ương. Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến cuối năm. Xem **Chương 6** của *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về số tiền quý vị sẽ trả cho thuốc theo toa.

**E3. Giai đoạn 1: "Giai đoạn bảo hiểm ban đầu"**

Trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí cho thuốc theo toa được bao trả của quý vị và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Phần chia sẻ chi phí của quý vị được gọi là đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi quý vị nhận thuốc. Quý vị chi trả khoản đồng thanh toán mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bao trả thấp hơn khoản đồng thanh toán, quý vị chi trả mức giá thấp hơn.

Bảng dưới đây trình bày chi phí thuốc của quý vị trong mỗi (5) bậc thuốc của chúng tôi. Những số tiền này **chỉ** áp dụng trong khoảng thời gian quý vị ở Giai đoạn bảo hiểm ban đầu.

| | **2022 (năm nay)** | **2023 (năm sau)** |
|---|---|---|
| **Thuốc ở Bậc 1**<br>(Thuốc gốc ưu tiên)<br>Chi phí cho lượng thuốc ở Bậc 1 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0 đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**. | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0 đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**. |
| **Thuốc ở Bậc 2**<br>(Thuốc gốc)<br>Chi phí cho lượng thuốc ở Bậc 2 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0 đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**. | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là $0, $1.45 hoặc $4.15 **đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**.<br>$0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa. |
| **Thuốc ở Bậc 3**<br>(Thuốc chính hiệu ưu tiên)<br>Chi phí cho lượng thuốc ở Bậc 3 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0 đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**. | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là $0, $1.45 hoặc $4.15 **đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**.<br>$0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa. |
| **Thuốc ở Bậc 4**<br>(Thuốc không ưu tiên)<br>Chi phí cho lượng thuốc ở Bậc 4 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0 đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**. | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là $0, $1.45 hoặc $4.15 **đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**.<br>$0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa. |

| | 2022 (năm nay) | 2023 (năm sau) |
|---|---|---|
| **Thuốc ở Bậc 5**<br>(Thuốc chuyên biệt)<br>Chi phí cho lượng thuốc ở Bậc 5 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0 đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**. | Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là $0, $1.45 hoặc $4.15 **đồng thanh toán cho mỗi thuốc theo toa**.<br>$0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa. |

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của thuốc theo toa đạt **$4,660**. Vào thời điểm đó, Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm bắt đầu. Xem **Chương 6** của *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về số tiền quý vị sẽ trả cho thuốc theo toa.

### E4. Giai đoạn 2: "Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm"

Trong giai đoạn này, quý vị phải trả chi phí thuốc của mình. Khi quý vị đã tự trả tổng cộng **$7,400** trong năm theo lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm sang Giai đoạn bảo hiểm tai ương. Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến cuối năm. Xem **Chương 6** của *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về số tiền quý vị sẽ chi trả cho thuốc theo toa.

### E5. Giai đoạn 3: "Giai đoạn bảo hiểm tai ương"

Khi quý vị đạt đến giới hạn chi phí tự trả **$7,400** cho thuốc theo toa của mình, Giai đoạn bảo hiểm tai ương bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai đoạn bảo hiểm tai ương cho đến cuối năm theo lịch. Trong giai đoạn này, chương trình trả toàn bộ chi phí thuốc của quý vị đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

### Thông báo quan trọng về số tiền quý vị chi trả cho vắc-xin

Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc-xin Phần D miễn phí cho quý vị. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.

## F. Chọn một chương trình

### F1. Tiếp tục với chương trình của chúng tôi

Chúng tôi hy vọng quý vị tiếp tục là thành viên chương trình.

Quý vị không cần phải làm gì để tiếp tục tham gia chương trình. Nếu quý vị **không** đổi sang chương trình Medicare khác hoặc đổi sang Original Medicare, thì quý vị sẽ tự động được ghi danh là thành viên của chương trình chúng tôi trong năm 2023.

**F2. Thay đổi chương trình**

Hầu hết những người có Medicare có thể chấm dứt tư cách thành viên trong những khoảng thời gian nhất định của năm. Do có Medi-Cal, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang chương trình khác một lần trong từng **Giai đoạn đăng ký đặc biệt** sau:

- Tháng 1 đến Tháng 3
- Tháng 4 đến Tháng 6
- Tháng 7 đến Tháng 9

Ngoài ba giai đoạn Đăng ký đặc biệt này, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau:

- **Giai đoạn đăng ký hàng năm** là từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị 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 đăng ký mở của Medicare Advantage** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện thay đổi việc đăng ký của mình. Ví dụ

- Quý vị đã chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Quý vị đủ điều kiện thay đổi Medi-Cal hoặc Trợ giúp bổ sung**, hoặc**
- Nếu gần đây quý vị chuyển đến, hiện đang được chăm sóc tại hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

**Dịch vụ Medicare của quý vị**
Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

| **1. Quý vị có thể thay đổi sang:** | **Sau đây là những việc cần làm:** |
|---|---|
| **Một chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác** | Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048<br><br>Đối với các câu hỏi về PACE, vui lòng gọi số 1-855-921-PACE (7223).<br><br>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác: |

| | |
|---|---|
| | • Hãy gọi đến Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.<br><br>Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm chương trình mới của quý vị bắt đầu.<br><br>Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi. |
| **2. Quý vị có thể thay đổi sang:**<br><br>**Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt** | **Sau đây là những việc cần làm:**<br><br>Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.<br><br>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác:<br><br>• Hãy gọi đến Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.<br><br>**HOẶC**<br><br>Đăng ký vào chương trình thuốc theo toa mới của Medicare.<br><br>Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.<br><br>Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi. |
| **3. Quý vị có thể thay đổi sang:**<br><br>**Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa của Medicare riêng biệt**<br><br>**LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không tham gia vào một | **Sau đây là những việc cần làm:**<br><br>Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.<br><br>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác: |

| | |
|---|---|
| chương trình thuốc theo toa Medicare khác, Medicare có thể sẽ ghi danh cho quý vị một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia.<br><br>Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu nhận được bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như chủ sử dụng lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi đến Chương trình Tư vấn và hỗ trợ bảo hiểm y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. | • Hãy gọi đến Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.<br><br>Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.<br><br>Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi. |

**Dịch vụ Medi-Cal của quý vị**

Nếu quý vị có câu hỏi về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 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 bảo hiểm khác hoặc quay lại Original Medicare đến việc quý vị nhận bảo hiểm Medi-Cal.

## G. Nhận trợ giúp

### G1. Chương trình của chúng tôi

Chúng tôi luôn sẵn lòng giúp đỡ nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang trong ngày và giờ làm việc được liệt kê. Các cuộc gọi này miễn phí.

**Đọc *Sổ tay thành viên năm 2023***

*Sổ tay thành viên* của quý vị là bản mô tả chi tiết hợp pháp về các phúc lợi của chương trình. Sổ tay này có thông tin chi tiết về phúc lợi năm 2023. Đồng thời giải thích các quyền của quý vị và những quy định quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc theo toa được chúng tôi bao trả.

Sổ tay thành viên năm 2023 sẽ ra mắt vào ngày 15 tháng 10. Quý vị cũng có thể xem lại Sổ tay thành viên được gửi riêng qua đường bưu điện để tìm hiểu xem những thay đổi về phúc lợi hoặc chi phí khác có ảnh hưởng đến quý vị hay không. Bản sao cập nhật của Sổ tay thành viên có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.molinahealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang để yêu cầu chúng tôi gửi Sổ tay thành viên năm 2023 qua thư cho quý vị.

**Trang web của chúng tôi**

Quý vị có thể truy cập trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Như một sự nhắc nhở, trang web của chúng tôi có thông tin mới nhất về mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc (*Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*) và Danh sách thuốc (*Danh sách thuốc được bao trả*).

### G2. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ bảo hiểm y tế (HICAP)

Quý vị cũng có thể gọi đến Chương trình Hỗ trợ bảo hiểm y tế tiểu bang (SHIP). Ở California, SHIP được gọi là Chương trình Tư vấn và hỗ trợ bảo hiểm y tế (HICAP). Các tư vấn viên HICAP có thể giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình và giải đáp mọi câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các hạt và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222 TTY 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

### G3. Chương trình thanh tra

Chương trình thanh tra của Liên minh người tiêu dùng y tế có thể giúp đỡ quý vị nếu quý vị gặp vấn đề với chương trình của chúng tôi. Dịch vụ của thanh tra viên được cung cấp miễn phí bằng mọi ngôn ngữ. Chương trình thanh tra của Liên minh người tiêu dùng y tế:

- Làm việc với vai trò là luật sư thay mặt bạn. Họ có thể trả lời câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu rõ những việc cần làm.
- Đảm bảo quý vị có thông tin liên quan đến quyền và các bảo vệ của quý vị cũng như cách quý vị có thể nhờ giải quyết các mối lo ngại của mình.
- Không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Số điện thoại của Chương trình thanh tra của Liên minh người tiêu dùng y tế là 1-888-804-3536.

### G4. Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare, có thể gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

**Trang web của Medicare**

Quý vị có thể truy cập vào trang web của Medicare (www.medicare.gov). Nếu quý vị chọn hủy ghi danh chương trình của chúng tôi và ghi danh vào chương trình Medicare khác thì trang web Medicare sẽ cung cấp thông tin về chi phí, mức bảo hiểm và đánh giá chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình. Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình Medicare có sẵn tại khu vực của mình bằng cách sử

dụng Medicare Plan Finder (Công cụ tìm kiếm chương trình Medicare) trên trang web của Medicare. (Để xem thông tin về các chương trình, tham khảo trên trang www.medicare.gov rồi nhấp vào “Find plans” (Tìm chương trình)).

***Medicare & Quý vị năm 2023***

Quý vị có thể đọc sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2023*. Mỗi năm vào mùa thu, tập sách nhỏ này được gửi đến những người có Medicare qua đường bưu điện. Tập sách này có phần tóm tắt các phúc lợi, quyền và phương pháp bảo vệ của Medicare, cùng phần giải đáp các câu hỏi thường gặp về Medicare. Sổ tay này cũng có sẵn bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung và tiếng Việt.

Nếu không có bản sao sổ tay này, quý vị có thể tải xuống từ trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

**G5. Cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý tiểu bang California**

Cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý của California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Trung tâm trợ giúp DMHC có thể giúp quý vị kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình chăm sóc sức khỏe của mình, trước hết quý vị phải gọi điện cho chương trình chăm sóc sức khỏe của mình theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình chăm sóc sức khỏe trước khi liên hệ với cơ quan này. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp đền bù tiềm năng nào có thể dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp đỡ khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, một khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho Cơ quan này để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Đánh giá y khoa 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 chăm sóc 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 có vấn đề về nghe và nói. Trang web của sở là www.dmhc.ca.gov có mẫu khiếu nại, mẫu đề nghị IMR và hướng dẫn trực tuyến.

CAM16ACVI1122






CASH581016VI23