CA H5810-016

2023
Sổ tay thành viên

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO DSNP) a Medicare Medi-Cal Plan Medicare-Medicaid Plan

California H5810-016

Phục vụ sau: Los Angeles, Riverside, San Bernardino and San Diego

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12, 2023

MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) một Chương trình Medicare Medicaid *Sổ tay thành viên*

01/01/2023 – 12/31/2023

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

Giới thiệu về *Sổ tay thành viên*

Sổ tay thành viên, hay còn gọi là Chứng thực bảo hiểm, cho quý vị biết về mức bảo hiểm theo Molina Medicare Complete Care Plus từ ngày 31 tháng 12 năm 2023. Sổ tay giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích), bảo hiểm thuốc theo toa cùng với các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp quý vị có thể ở nhà thay vì phải đến nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên*.

Đây là 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).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói: Tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, quý vị được hỗ trợ dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. 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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 665-4627 (TTY: 711).

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).

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).

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).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (855) 665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (855) 665-4627 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (855) 665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បីរអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (855) 665-4627 (TTY: 711)។

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, thứ Hai - thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, 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.

2023 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO DSNP)

Mục lục

Chương 1: *Bắt đầu với tư cách là thành viên 6*

Chương 2: *Các 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 bao trả khác 33*

Chương 4: *Bảng Phúc lợi 52*

Chương 5: *Nhận thuốc theo toa ngoại trú của quý vị 108*

Chương 6: *Những khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa của Medicare và Medi-Cal .. 124*

Chương 7: *Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 142*

Chương 8: *Quyền và trách nhiệm của quý vị 147*

Chương 9: *Việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại) 170*

Chương 10: *Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 215*

Chương 11: *Thông báo pháp lý 222*

Chương 12: *Định nghĩa về những thuật ngữ quan trọng 225*

Từ chối quyền lợi

- 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.
- Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng (các) ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc các định dạng khác như bản in khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Gọi (855) 665-4627, TTY: 711. Cuộc gọi này miễn phí.
- Bảo hiểm theo Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 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.

- Có thể áp dụng các giới hạn, đồng thanh toán, và hạn chế. Để biết thêm thông tin, hãy gọi bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus hoặc đọc Sổ tay thành viên Molina Medicare Complete Care Plus. Điều này có nghĩa là quý vị có thể phải thanh toán cho một số dịch vụ và quý vị cần phải tuân theo một số quy tắc nhất định để Molina Medicare Complete Care Plus thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.

  THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

  Molina Healthcare (Molina) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm sắc tộc, độ tuổi, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y khoa, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục.
  Nếu quý vị cho rằng Molina đã phân biệt đối xử dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm sắc tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y khoa, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với:
  Điều phối viên dân quyền
  200 Oceangate Long Beach, CA 90802
  Điện thoại: (866) 606-3889Thứ Hai – thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương
  TTY: 711Fax: (562) 499-0610
  Email: civil.rights@MolinaHealthcare.com
  Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại, Điều phối viên dân quyền luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị.
  Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe California, Phòng dân quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc phương thức điện tử:
  Phó giám đốc, Phòng dân quyền
  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 quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Phòng dân quyền bằng phương thức điện tử thông qua Cổng thông tin khiếu nại dân quyền tại:
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
  hoặc qua thư hoặc 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 hoặc 800–537–7697 (TDD)
  Mẫu đơn khiếu nại có tại:
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), một chương trình sức khỏe bao trả cho tất cả các dịch vụ Medicare của quý vị và điều phối tất cả các dịch vụ của quý vị và Medi-Cal. 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 7
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 7
B1. Medicare 7
B2. Medi-Cal 7
C. Lợi ích của chương trình của chúng tôi 8
D. Khu vực dịch vụ của chúng tôi 8
E. Điều giúp quý vị đủ điều kiện trở thành thành viên chương trình 9
F. Những điều có thể trông đợi khi quý vị tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi lần đầu 9
G. Nhóm chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị 10
G1. Nhóm chăm sóc 10
G2. Kế hoạch chăm sóc 11
H. Phí chương trình bảo hiểm hàng tháng 11
I. *Sổ tay thành viên* của quý vị 11
J. Thông tin quan trọng khác quý vị nhận được từ chúng tôi 11
J1. Thẻ ID Chương trình của quý vị 11
J2. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* 12
J3. *Danh sách Thuốc được Bao trả* 14
J4. *Giải thích về Phúc lợi* 14
K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị 14
K1. Bảo mật thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 15

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

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

Tại Molina Healthcare, chúng tôi hiểu rằng mọi thành viên đều khác biệt và có 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 người có nhu cầu chăm sóc cao nhất. Ngay từ khi bắt đầu, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) đã đặt nhu cầu của các thành viên lên hàng đầu và chúng tôi vẫn tiếp tục làm điều đó cho đến hiện tại.

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

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

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

- Những người từ 65 tuổi trở lên,
- Một số người dưới 65 tuổi mắc một số 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 do tiểu bang điều hành, được chính quyền tiểu bang và liên bang chi trả. Medi-Cal giúp người có thu nhập và các 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 các dịch vụ và thuốc bổ sung mà Medicare không bao trả.

Mỗi tiểu bang sẽ 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.

Tiểu bang có thể quyết định cách điều hành các chương trình của họ miễn là họ tuân theo các quy tắc của liên bang.

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

- Chúng tôi quyết định cung cấp chương trình, **và**
- Medicare và Tiểu bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Ngay cả khi chương trình của chúng tôi ngừng hoạt động trong tương lai, thì khả năng đủ điều kiện nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị vẫn không bị ảnh hưởng.

C. Lợi ích của chương trình của chúng tôi

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

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

- Quý vị có thể làm việc với **chúng tôi** cho **tất cả** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có nhóm chăm sóc do quý vị lựa chọn. Nhóm chăm sóc của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, y tá, tư vấn viên hoặc chuyên gia sức khỏe khác.
- Quý vị được tiếp cận Người phụ trách hồ sơ. Đây là người làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc của quý vị để lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị có thể định hướng dịch vụ chăm sóc của riêng mình với sự trợ giúp của nhóm chăm sóc và Người phụ trách hồ sơ.
- Nhóm chăm sóc và Người phụ trách hồ sơ 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, khi thích hợp.

Các thành viên mới của Molina Medicare Complete Care Plus*:* Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký 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 đăng ký vào Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình 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 khoảng trống bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương nếu quý vị có câu hỏi.

D. Khu vực dịch vụ của chúng tôi

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

- Hạt Los Angeles
- Hạt San Diego

- Các hạt Riverside và San Bernardino với các trường hợp ngoại lệ cho các mã ZIP sau đây:
  - 92225, 92226, 92239, 92275, 92382, 92385, 92386, 92391, 92397, 92398,92409, 93562, 93592, 92242, 92252, 92256, 92267, 92268, 92277, 92278, 92280, 92284, 92285, 92286, 92304, 92305, 92309, 92310, 92311, 92312, 92314, 92315, 92317, 92321, 92322, 92323, 92325, 92326, 92327, 92332, 92333, 92338, 92339, 92341, 92342, 92347, 92352, 92356, 92363, 92364, 92365, 92366, 92368, 92372

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

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

E. Điều giúp quý vị đủ điều kiện trở thành thành viên chương trình

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

- Sống trong khu vực dịch vụ 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 ở thời điểm đăng ký, **và**
- Có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- Hiện đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Hãy gọi cho Dịch vụ Thành viên để biết thêm thông tin.

Xin lưu ý: Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhưng có thể được dự kiến hợp lý sẽ lại đủ điều kiện trong vòng 6 tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện để đăng ký vào chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần A sẽ cho quý vị biết về bảo hiểm và chi phí chia sẻ trong giai đoạn này, được gọi là tính đủ điều kiện liên tục).

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

Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu, quý vị sẽ nhận được đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước ngày đăng ký 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, LTSS, sức khỏe hành vi và nhu cầu chức năng của quý vị.

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

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

Nếu mới tham gia chương trình, quý vị có thể tiếp tục đến khám bác sĩ hiện tại trong một khoảng thời gian nhất định, nếu họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đó là chăm sóc liên tục. Nếu

họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể duy trì các nhà cung cấp và sự cho phép sử dụng dịch vụ tại thời điểm quý vị đăng ký 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 đăng ký 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 trả lời 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 hoặc nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp giấy tờ về mối quan hệ hiện tại và phải đồng ý với một số điều khoản khi quý vị đưa ra yêu cầu đó.

Lưu ý: Quý vị chỉ có thể thực hiện yêu cầu này đối với các dịch vụ Thiết bị y tế lâu bền (DME), vận chuyển hoặc các dịch vụ phụ trợ khác, không được bao gồm trong chương trình của chúng tôi. Quý vị **không** thể thực hiện yêu cầu này cho nhà cung cấp DME, vận chuyển hoặc các nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ khác.

Sau khi thời gian chăm sóc kết thúc, quý vị cần đến khám 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 chăm sóc sức khỏe. PCP trong chương trình của chúng tôi được liên kết với IPA và các nhóm y tế. Khi chọn PCP, quý vị cũng 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 hiệp hội các PCP và bác sĩ chuyên khoa được thành lập để phối hợp cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Vui lòng tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* này để biết thêm thông tin về việc nhận 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, Người quản lý hồ sơ hoặc những người chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị lựa chọn.

Người quản lý hồ sơ là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Quý vị sẽ có Người quản lý hồ sơ khi đăng ký 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 Người quản lý hồ sơ và nhóm chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lập một kế hoạch chăm sóc. Chương trình chăm sóc cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết loại dịch vụ quý vị cần và cách nhận được dịch vụ đó. Chương trình này bao gồm các nhu cầu về dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi cũng như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

Chương trình chăm sóc của quý vị bao gồm:

- Mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Khung thời gian nhận dịch vụ quý vị cần.

Nhóm chăm sóc sẽ gặp quý vị sau khi đánh giá rủi ro sức khỏe của quý vị. Họ sẽ trao đổi với 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 dựa trên nhu cầu 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. Phí chương trình bảo hiểm hàng tháng

Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm chương trình hàng tháng.

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 cáo quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về cách kháng cáo, hãy xem **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 Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Sổ tay thành viên* tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare hoặc tải xuống.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị đăng ký vào Molina Medicare Complete Care Plus từ ngày 01/01/2023 đến 12/31/2023.

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*.

J1. Thẻ ID Chương trình của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được chương trình của chúng tôi bao trả, bao gồm cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, một số dịch vụ sức khỏe hành vi và toa thuốc. Quý vị trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa Phần D 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 Dịch vụ thành viên và theo số 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 màu đỏ, trắng và xanh dương. 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 lập hóa đơn cho Medicare thay vì chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp.

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

- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa mà quý vị có thể nhận được từ chương trình sức khỏe tâm thần của hạt (MHP)
- Thuốc Medi-Cal Rx được bao trả

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

Quý vị có thể yêu cầu *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* bằng cách gọi Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh mục Nhà cung cấp và dược phẩm* tại địa chỉ web ở cuối trang.

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 dành cho quý vị khi là thành viên của Molina Healthcare. Quý vị cũng có thể tìm các thông tin sau về bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của Molina Healthcare trong Danh mục Nhà cung cấp của quý vị:

- Tên
- Địa chỉ
- Số điện thoại
- Ngôn ngữ sử dụng
- Khả năng cung cấp của các địa điểm dịch vụ
- Liên kết/Đặc quyền bệnh viện

- Nhóm Y tế

Điều quan trọng là bệnh nhân có thể dễ dàng gặp được bác sĩ và văn phòng của bác sĩ cung cấp mọi sự trợ giúp cần thiết để chăm sóc cho bệnh nhân. Thông tin tiếp cận văn phòng được liệt kê cho:

- Tiếp cận cơ bản
- Tiếp cận giới hạn

Chúng tôi cũng sử dụng các ký hiệu sau đây thể hiện khả năng tiếp cận trong các Danh mục Nhà cung cấp của chúng tôi để trình bày các khu vực tiếp cận khác tại văn phòng của nhà cung cấp:

- P = Đậu xe
- EB = Ngoài tòa nhà
- IB = Trong tòa nhà
- 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 tại địa chỉ web ở cuối trang.

Định nghĩa về nhà cung cấp trong mạng lưới

- Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm:
  - Các bác sĩ, y tá và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể đến khám với tư cách là thành viên 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, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và những cơ sở khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được thông qua Medicare hoặc Medi-Cal.

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

Định nghĩa về nhà thuốc trong mạng lưới

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

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

J3. *Danh sách Thuốc được Bao trả*

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

Danh sách thuốc cũng cho quý vị biết nếu có quy tắc hoặc hạn chế đối với bất kỳ loại thuốc nào, chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận được. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên*.

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

J4. *Giải thích về Phúc lợi*

Khi quý vị sử dụng các phúc lợi thuốc theo toa 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 Phần D. Bản tóm tắt này được gọi là *Giải thích về Phúc lợi* (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 Phần D và tổng số tiền chúng tôi đã thanh toán cho mỗi loại thuốc theo toa Phần D trong tháng. EOB có thêm thông tin về các thuốc mà quý vị nhận. **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 Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang.

K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị

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

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của chúng tôi.

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

Cho chúng tôi biết ngay những điều sau đây:

- Thay đổi về tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị.
- Thay đổi về bất kỳ bảo hiểm 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 chung sống có đăng ký của quý vị hoặc khoản bồi thường cho người lao động.
- Mọi yêu cầu bảo hiểm về trách nhiệm pháp lý, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm từ một vụ tai nạn ô tô.
- Việc nhập viện hoặc 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 có trách nhiệm đối với quý vị)

- Quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về một 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 có bất kỳ thông tin nào thay đổi, hãy gọi Dịch vụ thành viên.

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: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Giới thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ của các nguồn lực quan trọng có thể trợ giúp quý vị giải đáp thắc mắc về chương trình của chúng tôi và phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Thông qua chương này, quý vị cũng có thể tìm hiểu cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ và những người khác để 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. Người quản lý hồ sơ 19
C. Đường dây y tá tư vấn 20
D. Đường dây khủng hoảng sức khỏe hành vi 21
E. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ bảo hiểm y tế (HICAP) 22
F. Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO) 23
G. Medicare 24
H. Medi-Cal 25
I. Văn phòng Thanh tra 26
J. Dịch vụ xã hội của hạt 26
K. Chương trình sức khỏe tâm thần đặc biệt của hạt 28
L. Cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý tiểu bang California 30
M. Các nguồn lực khác 31

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 những 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
FAX	**Đối với dịch vụ y tế:** Fax: (310) 507-6186 **Đối với dịch vụ Phần D (Rx):** Fax: (866) 290-1309
VIẾT THƯ	**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:

- Các thắc mắc về chương trình
- Các câu hỏi về yêu cầu bồi thường hoặc thanh toán
- Quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
    - phúc lợi và các dịch vụ được bao trả của quý vị, **hoặc**
    - số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị.
  - Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Để biết thêm thông tin về quyết định bao trả, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Kháng cáo về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định về bảo hiểm của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã làm sai. hoặc không đồng ý với quyết định này.

- Để tìm hiểu thêm về cách kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

- 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 hoặc 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 về chất lượng dịch vụ chăm sóc đã nhận với chúng tôi hoặc Tổ chức Cải thiện chất lượng (tham khảo **Phần F**).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích khiếu nại của quý vị theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.
  - Nếu quý vị có khiếu nại về quyết định bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo (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 mẫu trực tuyến tại 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 bằng cách gọi số (855) 452-8609.
  - Để tìm hiểu thêm về cách khiếu nại dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Các quyết định bảo hiểm đối với thuốc được Medicare bao trả
  - Quyết định bảo hiểm thuốc Medicare cho quý vị là quyết định về:
    - phúc lợi và các loại thuốc được Medicare bao trả của quý vị, **hoặc**
    - số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc Medicare của quý vị.
  - Các loại thuốc không được Medicare bao trả bao gồm thuốc không theo toa (OTC) và một số vitamin nhất định có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.
  - Để biết thêm về các quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Kháng cáo về thuốc Medicare của quý vị
  - Kháng cáo là cách để yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
  - Để biết thêm về cách kháng cáo về thuốc theo toa Medicare của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Khiếu nại về thuốc Medicare của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hay bất cứ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm khiếu nại về các loại thuốc theo toa Medicare của quý vị.
  - Nếu quý vị có khiếu nại là về quyết định bao trả thuốc theo toa Medicare cho quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. (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 mẫu trực tuyến tại 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, 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 Medicare quý vị đã trả tiền

- Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

B. Người quản lý hồ sơ

Người quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus là người liên hệ chính của quý vị. Nhân viên này giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình, đồng thời đảm bảo rằng quý vị nhận được những gì cần thiết. Quý vị và/hoặc người chăm sóc của quý vị có thể yêu cầu thay đổi Người quản lý hồ sơ được chỉ định khi cần bằng cách gọi cho Người quản lý hồ sơ đó hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Ngoài ra, nhân viên của chúng tôi có thể thay đổi việc chỉ định Người quản lý hồ sơ của quý vị theo nhu cầu của quý vị (văn hóa/ngôn ngữ/thể chất/sức khỏe hành vi) hoặc địa điểm. 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 tùy chọn tự phục vụ và thư thoại, có vào các ngày lễ, sau giờ làm việc thông thường và vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương
VIẾT THƯ	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
TRANG WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

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

- Thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Thắc mắc về việc nhận dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích)
- Thắc mắc về vấn đề vận chuyển
- Thắc mắc về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn dựa vào cộng đồng (CBAS) và Cơ sở điều dưỡng (NF).

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

Quý vị có thể nhận được những dịch vụ sau:

- Dịch vụ dành cho người lớn dựa vào cộng đồng (CBAS),
- Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn,
- Liệu pháp vật lý,

- Liệu pháp cơ năng,
- Liệu pháp ngôn ngữ,
- Dịch vụ xã hội y tế, **và**
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà.

C. Đường dây y tá tư vấn

Quý vị có thể gọi cho Đường dây y tá tư vấn của Molina Healthcare 24 giờ/ngày, 365 ngày/năm. Dịch vụ này kết nối quý vị với một y tá có chuyên môn, có thể tư vấn về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng ngôn ngữ của quý vị và hướng dẫn về nơi quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khi cần. Đường dây y tá tư vấn của chúng tôi cung cấp dịch vụ cho tất cả Thành viên Molina Healthcare ở Hoa Kỳ. Đường dây y tá tư vấn là một trung tâm cuộc gọi y tế được URAC công nhận. Chứng nhận URAC có nghĩa là đường dây y tá tư vấn của chúng tôi đã thể hiện cam kết toàn diện về dịch vụ chăm sóc có chất lượng, các quy trình được cải tiến và kết quả chăm sóc bệnh nhân tốt hơn. NCQA chuyên về Sản phẩm thông tin y tế (HIP) cũng đã chứng nhận cho Đường dây thông tin y tế 24/7/365 thuộc Đường dây y tá tư vấn của chúng tôi. NCQA được thiết kế để tuân thủ các tiêu chuẩn về thông tin y tế NCQA đối với các tiêu chuẩn hiện hành áp dụng cho các chương trình y tế.

Đường dây y tá tư vấn sẽ đánh giá sự an toàn của quý vị, kết nối quý vị tới các dịch vụ cấp cứu, giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hành vi và những nguồn lực cộng đồng, đồng thời giới thiệu quý vị với một Người quản lý hồ sơ của Molina.

Nếu quý vị gặp trường hợp khẩn cấp có thể gây hại hoặc tử vong cho quý vị hoặc người khác, hãy đến phòng cấp cứu của bệnh viện gần nhất HOẶC gọi 911.

GỌI	(888) 275-8750 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

- Thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

D. Đường dây khủng hoảng sức khỏe hành vi

GỌI	(888) 858-2150 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Molina cho phép tiếp cận các chuyên gia y tế hành vi được cấp phép 24/7 để tư vấn các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất kích thích bằng cách gọi Đường dây dịch vụ thành viên. Có sẵn dịch vụ thông dịch cho các thành viên cần dịch vụ đó. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

Hãy liên hệ với Đường dây trợ giúp khủng hoảng sức khỏe hành vi để được trợ giúp về:

- Thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe hành vi và lạm dụng chất kích thích
- Thắc mắc về dịch vụ liên quan đến rối loạn do sử dụng chất kích thích
- Khủng hoảng hành vi có thể là do các yếu tố môi trường như:
  - Mất việc làm
  - Một thành viên trong gia đình hoặc bạn thân vừa qua đời
  - Được chẩn đoán mắc bệnh nặng
  - Ly hôn
  - Gánh nặng tài chính bất ngờ
  - Nghiện rượu
  - Lạm dụng chất kích thích hoặc nghiện ngập
  - Bệnh tâm thần
  - Bị người thân bạo lực (bạo lực gia đình)

Nếu có thắc mắc liên quan đến dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa ở hạt của quý vị, hãy truy cập trang 28.

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

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế (HICAP) cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho những người có Medicare. Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu điều cần làm để giải quyết vấn đề. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các hạt và các dịch vụ đều miễn phí.

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

GỌI	(800) 434-0222 Thứ Hai – Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều theo giờ địa phương.
TTY	711 Thứ Hai – Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều theo giờ địa phương
VIẾT THƯ	Hạt Los Angeles: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Hạt Riverside và San Bernardino: Inland Agency HICAP 9121 Haven Ave, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91739 Hạt San Diego: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
TRANG WEB	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Liên hệ với HICAP để được trợ giúp về:

- Những câu hỏi về chương trình của chúng tôi hoặc Medicare.
- Tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị về việc chuyển sang chương trình mới và giúp quý vị:
  - hiểu các quyền của quý vị,
  - hiểu các lựa chọn chương trình của quý vị,
  - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị **và**
  - giải quyết các vấn đề về hóa đơn của quý vị.

F. Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO)

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

GỌI	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG WEB	https://www.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
- Quý vị có thể khiếu nại về dịch vụ chăm sóc đã nhận được nếu:
  - có vấn đề về chất lượng chăm sóc,
  - cho rằng thời gian nằm viện của quý vị quá ngắn **hoặc**
  - cho rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) của quý vị 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 bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận kinh niên yêu cầu lọc thận hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Trung tâm dịch vụ Medicare & Medicaid hay còn gọi là CMS.

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

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là chương trình bảo hiểm y tế cộng đồng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho các cá nhân có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có con cái, người cao tuổi, người khuyết tật, chăm sóc nuôi dưỡng, phụ nữ mang thai và những người bị bệnh cụ thể như bệnh lao, ung thư vú, hoặc HIV/AIDS. Medi-Cal được tài trợ bởi chính quyền tiểu bang và liên bang.

GỌI	1-844-580-7272 Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ tối
TTY	1-800-430-7077 Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	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. Văn phòng Thanh tra

Văn phòng Thanh tra hoạt động với vai trò hỗ trợ đại diện cho quý vị. 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. Văn phòng Thanh tra cũng có thể giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Văn phòng Thanh tra sẽ không tự động đứng về bên nào trong một cuộc khiếu nại. Họ xem xét tất cả các phía theo cách công bằng và khách quan. Công việc của họ là giúp phát triển các giải pháp công bằng cho các vấn đề tiếp cận chăm sóc sức khỏe. Dịch vụ của họ miễn phí.

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

J. Dịch vụ xã hội của hạt

Nếu quý vị cần được trợ giúp về phúc lợi Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS), hãy liên hệ với County Social Services Department (Sở dịch vụ xã hội tại hạt) địa phương. 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 nhà điều dưỡng hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc. Để đăng ký IHSS, hãy liên hệ với Văn phòng IHSS tại hạt địa phương của quý vị.

Hạt Los Angeles

GỌI	(888) 822-9622 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo giờ địa phương
TTY	711
VIẾT THƯ	Los Angeles County Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
TRANG WEB	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center

Hạt Riverside

GỌI	(888) 960-4477 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo giờ địa phương
TTY	711
VIẾT THƯ	County of Riverside In-Home Supportive Services 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557
TRANG WEB	http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services

Hạt San Bernardino

GỌI	(877) 800-4544 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo giờ địa phương
TTY	711
VIẾT THƯ	County of San Bernardino In-Home Supportive Services 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640
TRANG WEB	http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx

Hạt San Diego

GỌI	Hạt San Diego: (800) 510-2020 Cuộc gọi này miễn phí. Hạt San Diego: (800) 339-4661 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo giờ địa phương.
TTY	711
VIẾT THƯ	Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
TRANG WEB	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html

K. Chương trình sức khỏe tâm thần đặc biệt của hạt

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

Sở Sức khỏe Tâm thần Hạt Los Angeles:

GỌI	(800) 854-7771 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	(562) 651-2549 Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

Hệ thống sức khỏe Trường Đại học Riverside Sức khỏe Hành vi – Đường dây Tiếp cận Cộng đồng, Giới thiệu, Đánh giá và Hỗ trợ (CARES):

GỌI	(800) 706-7500 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 5:30 giờ chiều giờ địa phương. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	(800) 915-5512 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 a.m. – 5:30 p.m theo giờ địa phương

Hạt San Bernardino – Sở Sức khỏe Hành vi:

GỌI	(888) 743-1478 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

Hạt San Diego – Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần:

GỌI	(888) 724-7240 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	(619) 641-6992 Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

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

- Đối với các thắc mắc về dịch vụ sức khỏe hành vi do hạt cung cấp, hãy liên hệ với sở sức khỏe tâm thần tại hạt của quý vị theo số điện thoại nêu trên.

Vui lòng tham khảo **Chương 3** để biết thông tin về Phúc lợi sức khỏe tâm thần.

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

California Department of Managed Health Care (DMHC) chịu trách nhiệm quản lý các chương trình 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.

GỌI	1-888-466-2219 Người đại diện của DMHC có thể hỗ trợ quý vị từ 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Các nguồn lực khác

Chương trình thanh tra của Liên minh người tiêu dùng y tế (HCA) hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp 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 sức khỏe của họ.
Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- Chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Tiếp cận các dịch vụ y tế
- Kháng cáo 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 (In-Home Supportive Services - Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà)

Liên minh người tiêu dùng y tế hỗ trợ khiếu nại, kháng cáo và điều trần. Số điện thoại của Liên minh người tiêu dùng y tế là 1-888-804-3536.

Để báo cáo về vấn đề Lạm dụng người cao tuổi, vui lòng liên hệ với California Department of Social Services – Adult Protective Services (Dịch vụ bảo vệ người lớn) tại hạt của quý vị:

GỌI	(877) 477-3646 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Hạt Riverside: (800) 491-7123 Đường dây nóng 24 giờ Hạt San Bernardino: (877) 565-2020 Đường dây nóng 24 giờ Hạt San Diego: (800) 339-4661 Đường dây nóng 24 giờ
TTY	711 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần
VIẾT THƯ	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010 Hạt Riverside: Department of Public Social Services Adult Services Division 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92501 Hạt San Bernardino: Human Services System 784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415 Hạt San Diego: Aging & Independence Services P.O. Box 23217 San Diego, CA 92193-321
TRANG WEB	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf

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

Giới thiệu

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

Mục lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp 35
B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả 35
C. Người quản lý hồ sơ 37
C1. Định nghĩa về Người quản lý hồ sơ 37
C2. Cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ 37
C3. Cách thay đổi Người quản lý hồ sơ 37
D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp 37
D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính 37
D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp trong mạng lưới khác 39
D3. Khi một nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi 40
D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 40
E. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích) 41
E1. Dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi 41
F. Dịch vụ vận chuyển 43
F1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp 43
F2. Vận chuyển phi y tế 44
G. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa 45
G1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế 45
G2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết 46
G3. Chăm sóc trong thảm họa 47

H. Việc cần làm nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả 47
H1. Những việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ 47
I. Mức bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một nghiên cứu lâm sàng 48
I1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng 48
I2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng 49
I3. Thông tin thêm về nghiên cứu lâm sàng 49
J. Phương thức bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tại một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 49
J1. Định nghĩa về tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 49
J2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 49
K. Thiết bị y tế lâu bền (DME) 50
K1. DME với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi 50
K2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 50
K3. Lợi ích về thiết bị oxy với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi 50
K4. Thiết bị oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare 51

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp

Các dịch vụ là dịch vụ chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như khám bác sĩ và điều trị y tế), dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ chăm sóc hành vi (bao gồm sức khỏe tinh thần và thể chất), thuốc theo toa và thuốc mua tự do, thiết bị và các dịch vụ khác. **Các dịch vụ được bao trả** là bất cứ dịch vụ nào trong số này mà chương trình của chúng tôi chi trả. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi cùng với dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được bao trả được liệt kê trong Bảng phúc lợi ở **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị. Các loại thuốc theo toa và thuốc mua tự do được bao trả có trong **Chương 5** trong Sổ tay thành viên của quý vị.

Nhà cung cấp là bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các nơi khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 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. Các nhà cung cấp trong mạng lưới tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi đến khám với nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả.

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

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ Medicare và bao trả hoặc điều phối tất cả các dịch vụ của Medi-Cal. Điều này bao gồm các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) hành vi và sức khỏe hành vi.

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

- Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được phải là **phúc lợi trong 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 nhà cung cấp khác**.** Với tư cách là thành viên chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình.
  - Trong hầu hết các trường hợp, chương trình của chúng tôi phải phê duyệt cho quý vị trước khi 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 chúng tôi. Việc này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được phê duyệt, chúng tôi có thể không bao trả dịch vụ. Quý vị không cần giấy giới thiệu để đến khám với một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, ví dụ như các bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ.

- PCP thuộc chương trình của chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Khi chọn PCP, quý vị cũng 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 hiệp hội các PCP và bác sĩ chuyên khoa, được lập ra để điều phối, cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Quý vị không cần PCP giới thiệu để nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết hoặc để đến khám nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe cho phụ nữ. Quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc khác mà không cần giấy giới thiệu từ PCP (để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo phần D1 trong chương này).

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới được liên kết với nhóm y tế thuộc PCP của quý vị.** Thông thường, chúng tôi sẽ không bao trả dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp không hợp tác với chương trình sức khỏe của chúng tôi và nhóm y tế thuộc PCP của quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải chi trả toàn bộ cho nhà cung cấp dịch vụ được cung cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Dưới đây là một số trường hợp mà quy tắc này không áp dụng:
  - Chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo phần H trong chương này).
  - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bao trả và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận từ một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc miễn phí cho quý vị.
  - Chúng tôi bao trả các dịch vụ lọc thận 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 thận được Medicare chứng nhận. Phần chi phí mà quý vị thanh toán cho lọc thận 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 thận 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 thận 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 mức chia sẻ chi phí lọc thận cao hơn.
  - Khi tham gia chương trình lần đầu tiên, quý vị có thể yêu cầu để tiếp tục đến khám các nhà cung cấp hiện tại của mình. Với một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận yêu cầu này nếu có thể xác định rằng quý vị đang có mối quan hệ với nhà cung cấp. Tham khảo **Chương 1** trong Sổ tay thành viên của quý vị. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu, quý vị có thể tiếp tục đến khám các nhà cung cấp hiện tại trong vòng tối đa 12 tháng để nhận các dịch vụ. Trong thời gian đó, Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ liên hệ để trợ giúp quý vị tìm kiếm nhà cung cấp trong mạng lưới có liên kết với nhóm y tế thuộc PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc nếu quý vị tiếp tục đến khám nhà cung cấp khác không thuộc mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế 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 đăng ký 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 đăng ký vào Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình 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 khoảng trống bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương nếu quý vị có câu hỏi.

C. Người quản lý hồ sơ

C1. Định nghĩa về Người quản lý hồ sơ

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

C2. Cách liên hệ với Người quản lý hồ sơ

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

C3. Cách thay đổi Người quản lý hồ sơ

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

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp

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

Quý vị phải chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của mình. PCP trong chương trình của chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Khi chọn PCP, quý vị cũng chọn nhóm y tế được liên kết.

Định nghĩa về PCP và điều PCP làm cho quý vị

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) là bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe và/hoặc dịch vụ y tế tại nhà hay phòng khám (Federally Qualified Health Centers – 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 phép gặp trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa mà không cần dịch vụ có giấy giới thiệu. PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết dịch vụ chăm sóc và giúp sắp xếp hoặc điều phối các dịch vụ được bao trả còn lại mà quý vị nhận được với tư cách thành viên trong Chương trình của chúng tôi. Các dịch vụ này bao gồm:

- Chụp X quang
- Xét nghiệm

- Liệu pháp
- Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa
- Nhập viện
- Chăm sóc theo dõi

Việc "điều phối" dịch vụ bao gồm kiểm tra hoặc tư vấn các nhà cung cấp khác trong mạng lưới về dịch vụ chăm sóc của quý vị và tình hình cung cấp dịch vụ. Nếu cần một số loại vật tư hoặc dịch vụ được bao trả nhất định, quý vị phải nhận được sự chấp thuận trước từ PCP (chẳng hạn như cấp cho quý vị giấy giới thiệu đến khám bác sĩ chuyên khoa). Trong một số trường hợp, PCP của quý vị cần được chúng tôi cho phép trước (chấp thuận trước). Vì PCP sẽ cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, nên quý vị cần gửi tất cả hồ sơ y tế trước đây đến văn phòng của PCP.

Lựa chọn PCP của quý vị

Mối quan hệ của quý vị với PCP có ý nghĩa quan trọng. Chúng tôi đặc biệt khuyên quý vị nên chọn PCP gần nhà. Khi ở gần PCP, quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cũng như phát triển mối quan hệ tin cậy và cởi mở một cách dễ dàng hơn. Để nhận bản sao Danh mục Nhà cung cấp/Nhà thuốc mới nhất hoặc để được trợ giúp thêm về việc chọn 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, hãy tìm hiểu xem họ có liên kết với nhóm y tế của quý vị không. Quý vị có thể xem trong Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc hoặc hỏi bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu xem PCP mà quý vị muốn chọn có giới thiệu đến khám với bác sĩ chuyên khoa đó hay sử dụng bệnh viện đó hay không.

Lựa chọn thay đổi PCP của quý vị

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

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất cứ lúc nào. Trong hầu hết các trường hợp, các thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo trên lịch. Tuy nhiên, có thể có ngoại lệ nếu quý vị hiện đang điều trị tại thời điểm yêu cầu thay đổi PCP. Quý vị có thể thay đổi PCP của mình qua trang web cá nhân tại địa chỉ www.mymolina.com hoặc liên hệ Dịch vụ Thành viên để biết thêm thông tin về bất kỳ nhà cung cấp Molina Healthcare nào của chúng tôi và đề nghị thay đổi PCP. Đối với một số nhà cung cấp, quý vị có thể cần giấy giới thiệu từ PCP của mình (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 trước khi sử dụng các nhà cung cấp khác. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ như trong danh sách dưới đây mà không cần sự chấp thuận trước của PCP:

- Các dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc 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 hoặc đang là cuối tuần).

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 thận mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc thận được Medicare chứng nhận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị được lọc thận khi quý vị đi xa.
- Tiêm chủng ngừa cúm, tiêm vắc-xin COVID-19 cũng như vắc-xin phòng ngừa viêm gan B và vắc-xin phòng ngừa viêm phổi, với điều kiện là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ dành cho phụ nữ và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Các dịch vụ này bao gồm khám vú, chụp X quang tuyến vú (chụp X quang ngực), xét nghiệm Pap và khám vùng xương chậu, với điều kiện là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu đủ điều kiện nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe cho người Da Đỏ, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp này mà không cần giấy giới thiệu.
- Dịch vụ Nữ 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 trong mạng lưới khác

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

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho những bệnh nhân ung thư.
- Bác sĩ chuyên gia tim mạch chăm sóc cho những bệnh nhân mắc các bệnh về tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho những bệnh nhân có vấn đề về xương, khớp hoặc cơ.
- Bác sĩ chuyên khoa dạ dày-ruột chăm sóc cho những bệnh nhân mắc các bệnh về tiêu hóa hoặc đường ruột.
- Bác sĩ chuyên gia thận chăm sóc cho những bệnh nhân mắc các bệnh về thận.
- Bác sĩ chuyên khoa niệu chăm sóc cho những bệnh nhân mắc các bệnh về tiết niệu và bàng quan.
- Là một thành viên, quý vị không bị giới hạn ở các bác sĩ chuyên khoa cụ thể. Molina Medicare Complete Care Plus duy trì mạng lưới nhà cung cấp chuyên khoa để chăm sóc sức khỏe cho các thành viên. Quý vị có thể cần giấy giới thiệu từ PCP để nhận các dịch vụ chuyên khoa, thành viên được phép gặp trực tiếp bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa mà không cần dịch vụ giới thiệu. Quý vị có thể phải xin Cho phép trước để nhận một số dịch vụ. PCP của quý vị có thể yêu cầu Phòng Quản lý Dịch vụ Y tế của Molina Healthcare cho phép trước qua điện thoại, fax hoặc thư dựa trên mức độ cấp thiết của dịch vụ được yêu cầu.
- Vui lòng tham khảo Bảng phúc lợi ở **Chương 4** để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu sự cho phép trước.

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

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

- Ngay cả khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi vẫn phải cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận liên tục tới các nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi nỗ lực trên tinh thần thiện chí để thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn nhà cung cấp đủ điều kiện mới để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang được điều trị y tế, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được không bị gián đoạn.
- Nếu chúng tôi không tìm thấy bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ tiêu chuẩn mà quý vị có thể tiếp cận, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để có thể chăm sóc cho quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa thay thế nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc chúng tôi không quản lý tốt việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có quyền gửi khiếu nại cho QIO hoặc đơn than phiền về chất lượng chăm sóc, hoặc cả hai. (Tham khảo Chương 9 để biết thêm thông tin.)
- Nếu nhà cung cấp của quý vị rời mạng lưới của chúng tôi, nhà cung cấp của quý vị phải đồng ý ký hợp đồng với các nhà cung cấp của chúng tôi để quý vị tiếp tục sử dụng các dịch vụ chăm sóc liên tục.

Nếu quý vị muốn kiểm tra xem một trong các nhà cung cấp của quý vị có rời khỏi chương trình hay không, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm nhà cung cấp mới và quản lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Gọi Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang này.

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị dịch vụ này, bao gồm cả Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các dịch vụ ngoài mạng lưới cần được cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu sự cho phép trước này. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để được hỗ trợ. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc định kỳ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi chưa được cho phép trước, Medicare/Medi-Cal và Chương trình sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí.

Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì nhà cung cấp đó phải đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Chúng tôi không thể thanh toán cho nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Nếu gặp nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia vào Medicare, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của mình.
- Các nhà cung cấp phải cho quý vị biết nếu họ không hội đủ điều kiện để tham gia Medicare.

Chương trình bao trả cho các dịch vụ lọc thận cho Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình trong thời gian ngắn. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ này tại cơ sở lọc thận được Medicare chứng nhận. Vui lòng gọi bộ phận Dịch vụ thành viên để chúng tôi có thể giúp quý vị được lọc thận khi quý vị đi xa.

Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn dựa vào cộng đồng (CBAS) và Cơ sở điều dưỡng (NF). Các dịch vụ này có thể diễn ra ở nhà của quý vị, trong cộng đồng hoặc tại một cơ sở. Các loại LTSS khác nhau được mô tả dưới đây:

- **Dịch vụ tại cộng đồng dành cho người lớn (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 nếu quý vị đáp ứng những tiêu chí về tính đủ điều kiện được áp dụng.
- **Cơ sở điều dưỡng (NF)**: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể sống ở nhà một cách an toàn nhưng không cần nằm viện.

Người quản lý hồ sơ sẽ giúp quý vị tìm hiểu mỗi chương trình. Để tìm hiểu thêm về bất kỳ chương trình nào trong số này, 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.

E. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cho phép tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medicare bao trả. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medi-Cal bao trả, nhưng những dịch vụ này được cung cấp cho quý vị thông qua Hệ thống y tế Đại học Riverside – Sức khỏe hành vi, Cơ quan Sức khỏe hành vi Hạt San Bernardino, Hạt San Diego County- Dịch vụ sức khỏe hành vi và Sở sức khỏe tâm thần Hạt Los Angeles.

E1. Dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi

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

- Dịch vụ sức khỏe tâm thần
- Các dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- Điều trị chuyên sâu ban ngày
- Phục hồi chức năng ban ngày

- Can thiệp khủng hoảng
- Ổn định khủng hoảng
- Dịch vụ điều trị tại nhà dành cho người lớn
- Dịch vụ điều trị tại nhà dành cho bệnh nhân bị khủng hoảng
- Dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- Dịch vụ bệnh viện tâm thần nội trú
- Quản lý hồ sơ mục tiêu

Các dịch vụ Hệ thống giao thuốc có tổ chức của Medi-Cal hoặc Drug Medi-Cal có sẵn cho quý vị thông qua Riverside University Health System - Behavioral Health, Department of Behavioral Health - Hạt San Bernardino, Behavioral Health Services - Hạt San Diego và Department of Public Health - Hạt Los Angeles nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận các dịch vụ này. Các dịch vụ Drug Medi-Cal do Riverside University Health Systems - Behavioral Health, Department of Behavioral Health - Hạt San Bernardino, Behavioral Health Services - Hạt San Diego và Department of Public Health - Hạt Los Angeles cung cấp *bao gồm*:

- Các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- Các dịch vụ điều trị thường trú
- Các dịch vụ ngoại trú miễn phí về thuốc
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Các dịch vụ điều trị bằng naltrexone dành cho chứng nghiện opioid

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

- Các dịch vụ ngoại trú và ngoại trú chuyên sâu
- Thuốc điều trị tình trạng nghiện (còn được gọi là Thuốc hỗ trợ điều trị)
- Khu dân cư/nội trú
- Quản lý cai nghiện
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Dịch vụ hồi phục
- Điều phối chăm sóc

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 sử dụng chất kích thích. 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. Nếu quý vị cần bản sao Danh mục Nhà cung cấp/Nhà thuốc mới nhất hoặc muốn được hỗ trợ thêm để chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên. Quý vị có thể phải xin Cho phép trước để nhận một số dịch vụ. Quý vị hoặc Nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc PCP của quý vị có thể yêu cầu Utilization Management Department (Bộ phận Quản lý dịch vụ y tế) của Molina Healthcare cho phép trước qua điện thoại, fax hoặc thư từ dựa trên mức độ cấp thiết của dịch vụ được yêu cầu.

Vui lòng tham khảo Bảng phúc lợi ở Chương 4 để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu cho phép trước. Dịch vụ chăm sóc đó phải được xác định là cần thiết. Cần thiết có nghĩa là quý vị cần nhận được các dịch vụ để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại. Trong đó có dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hay

nhà điều dưỡng. Điều đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về sức khỏe hành vi và thực hành y tế.

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

Dịch vụ Sức khỏe tâm thần Đặc biệt

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-706-7500

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

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

Dịch vụ thuốc Medi-Cal

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

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

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

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

F. Dịch vụ vận chuyển

F1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp

Quý vị có quyền hưởng phúc lợi di chuyển y tế không khẩn cấp 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. Phúc lợi di chuyển y tế không khẩn cấp có thể được cung cấp cho các dịch vụ được bao trả như đến cuộc hẹn y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, sử dụng chất kích thích và nhà thuốc. Nếu quý vị cần dịch vụ di chuyển y tế không khẩn cấp, quý vị có thể trao đổi với PCP hoặc nhà cung cấp khác và yêu cầu dịch vụ này. PCP hoặc nhà cung cấp khác sẽ quyết định loại phương tiện di 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, phê duyệt sẽ có hiệu quả trong một năm. PCP hoặc nhà cung cấp khác sẽ đánh giá lại nhu cầu của quý vị về dịch vụ di chuyển y tế không khẩn cấp để phê duyệt lại 12 tháng một lần.

Phương tiện di chuyển y tế không khẩn cấp là xe cứu thương, xe chuyên chở thiết kế cho cáng, xe lăn hoặc vận chuyển hàng không. Molina Medicare Complete Care Plus cho phép hình thức di chuyển được bao trả 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 di chuyển hàng không nếu bệnh trạng của quý vị không thể sử dụng bất kỳ hình thức di chuyển mặt đất nào.

Phải sử dụng phương tiện di chuyển y tế không khẩn cấp khi:

- Dịch vụ này là cần thiết với quý vị về thể chất hoặc y tế như được xác định với sự cho phép bằng văn bản của PCP hoặc nhà cung cấp khác vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe tải để đến cuộc hẹn.
- Quý vị cần trợ giúp từ người lái xe đến và đi khỏi nơi cư trú, phương tiện di chuyển hoặc nơi điều trị do khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần.

Để yêu cầu phương tiện di chuyển y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định **các cuộc hẹn định kỳ** không khẩn cấp, vui lòng gọi bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương trước ít nhất 2 ngày (thứ Hai - thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **các cuộc hẹn khẩn cấp**, xin vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Vui lòng 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 di 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 di chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bao trả cho dịch vụ này. Nếu loại cuộc hẹn được Medi-Cal bao trả nhưng không thông qua chương trình chăm sóc sức khỏe thì Molina Medicare Complete Care Plus sẽ giúp quý vị lên lịch di chuyển. Một danh sách các dịch vụ được bao trả 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.

F2. Vận chuyển phi y tế

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

- Di chuyển đến và rời khỏi một cuộc hẹn cho 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. Chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ di chuyển phi y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được hoàn trả chi phí cho các chuyến đi theo xe riêng mà quý vị sắp xếp. Molina Medicare Complete Care Plus phải phê duyệt chi phí này **trước khi** quý vị nhận chuyến đi, đồng thời phải cho chúng tôi biết lý do quý vị không thể chọn cách di chuyển khác, chẳng hạn như đi xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi điện, gửi email hoặc liên lạc trực tiếp với chúng tôi. **Quý vị sẽ không được hoàn trả trong trường hợp quý vị tự lái xe.**

Việc bồi hoàn theo số dặm yêu cầu mọi điều sau đây:

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

Để yêu cầu một chuyến đi cho các dịch vụ đã được cho phép, vui lòng gọi bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương trước ít nhất 2 ngày (thứ Hai - thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **các cuộc hẹn khẩn cấp**, xin vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Vui lòng chuẩn bị sẵn thẻ ID thành viên khi quý vị gọi điện. Quý vị cũng có thể gọi để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Người Da đỏ Mỹ có thể liên hệ Phòng khám người Da đỏ tại địa phương để yêu cầu dịch vụ di chuyển phi y tế.

Giới hạn di chuyển phi y tế

Molina Medicare Complete Care Plus cung cấp phương tiện di chuyển phi y tế chi phí thấp nhất, đáp ứng nhu cầu di chuyển từ nhà của quý vị đến nhà cung cấp gần nhất nơi đặt hẹn. **Quý vị không thể tự lái xe hoặc được hoàn trả trực tiếp.**

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

- Xe cứu thương, xe chuyên chở thiết kế cho cáng, xe lăn hoặc hình thức di chuyển y tế không phải cấp cứu khác là cần thiết về mặt y tế để nhận 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 bệnh lý hoặc thể chất.
- Quý vị đang sử dụng xe lăn và không thể di chuyển vào hoặc ra khỏi phương tiện di chuyển mà không có sự trợ giúp của tài xế.
- Dịch vụ này không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

G. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa

G1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là bệnh trạng có các triệu chứng như đau dữ dội hoặc chấn thương nghiêm trọng. Bệnh 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 thai nhi; **hoặc**
- Gây tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
- Gây rối loạn chức năng nghiêm trọng đến bất cứ 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 một cách an toàn sang bệnh viện khác 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 phải cấp cứu y tế:

- **Nhận giúp đỡ càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần xin sự chấp thuận hoặc giấy giới thiệu trước từ PCP. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể được chăm sóc y tế khẩn cấp bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất cứ nơi nào trong Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang.

- **Ngay khi có thể, cho chương trình biết về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi sẽ theo dõi việc chăm sóc cấp cứu cho quý vị. Quý vị hoặc người khác cần gọi điện để cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu cho quý vị, thường là trong vòng 48 tiếng. Tuy nhiên, quý vị sẽ không thanh toán cho dịch vụ khẩn cấp 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 mặt sau thẻ ID của mình.

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

Medicare và Medicaid không bao trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, ngoại trừ một số trường hợp giới hạn. Liên hệ với chương trình để biết thông tin chi tiết.

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

- Sau khi cấp cứu xong, quý vị có thể cần chăm sóc theo dõi để đảm bảo sức khỏe tiến triển. Dịch vụ chăm sóc theo dõi cho quý vị sẽ được chúng tôi bao trả. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ nỗ lực để nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp quản dịch vụ chăm sóc của quý vị sớm nhất có thể. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ bao trả cho Dịch vụ sau ổn định của nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới khi cần thiết về mặt y tế trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:
  - chương trình đã cho phép các dịch vụ đó
  - dịch vụ đã được quản lý để duy trì và ổn định tình trạng của thành viên

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

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

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

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, **hoặc**
- Dịch vụ bổ sung mà quý vị nhận được coi là “dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết” và quý vị tuân theo các quy tắc (tham khảo Phần H2) để nhận được dịch vụ chăm sóc này.

G2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận trong một tình huống không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cũng cần chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ, một bệnh trạng quý vị đang mắc có thể tái phát hoặc quý vị bị đau họng nặng vào cuối tuần và cần điều trị.

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

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

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

Nếu quý vị không thể hoặc có lý do hợp lý không đến khám tại nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không sẵn có hoặc không thể tiếp cận được, quý vị có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bằng cách sử dụng bất kỳ trung tâm chăm sóc khẩn cấp sẵn có nào. Quý vị cũng có thể gọi cho Đường dây Tư vấn của Y tá 24 giờ/ngày theo số (888) 275-8750. Người dùng TTY nên gọi đến số 711.

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

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

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

G3. Chăm sóc trong thảm họa

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

Truy cập trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thảm họa được công bố: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Trong thời gian thảm họa được tuyên bố, 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 thảm họa được công bố, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên*.

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

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

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

Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được bao trả hoặc nhận được hóa đơn cho dịch vụ y tế được bao trả, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết việc cần làm.

H1. Những việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ

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

- được xác định là cần thiết, **và**
- được liệt kê trong Bảng phúc lợi của chương trình (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 quý vị nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không bao trả, **quý vị sẽ tự thanh toán toàn bộ chi phí.**

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 cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi.

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

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

I. Mức bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một nghiên cứu lâm sàng

I1. 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, một người làm việc trong nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị. Người đó cho quý vị biết về nghiên cứu và tìm hiểu xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu nếu đáp ứng các điều kiện cần thiết. 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 đăng ký vào chương trình của chúng tôi. Bằng cách đó, chương trình của chúng tôi tiếp tục bao trả cho các dịch vụ và chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu của quý vị.

Nếu muốn tham gia vào nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị ***không*** cần phải được chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị phê duyệt. 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.

Chúng tôi khuyên quý vị cho chúng tôi biết trước khi bắt đầu tham gia vào nghiên cứu lâm sàng.

Nếu dự định tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị cần 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.

I2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng

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

- Phòng và nơi ăn ở khi nhập viện mà Medicare sẽ chi trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác là một phần của nghiên cứu.
- Điều trị bất cứ phản ứng phụ và biến chứng nào của phương pháp chăm sóc mới.

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

I3. 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.

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

J1. 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 tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Phúc lợi này chỉ dành cho các dịch vụ cho bệnh nhân nội trú Medicare Phần A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

J2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

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

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

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.

- Khoản bao trả của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ 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 bao trả đối với chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

Chương trình của chúng tôi bao trả không giới hạn cho thời gian nằm viện nội trú. (Tham khảo Bảng phúc lợi ở Chương 4).

K. Thiết bị y tế lâu bền (DME)

K1. DME với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi

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

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

Trong phần này, chúng tôi sẽ thảo luận về DME mà quý vị thuê. Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME sở hữu thiết bị sau khi trả khoản đồng thanh toán cho thiết bị trong 13 tháng. Là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ không sở hữu DME, bất kể thời gian quý vị thuê DME.

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

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

K2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Nếu quý vị không được sở hữu thiết bị DME khi đang tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới sau khi chuyển sang Original Medicare để sở hữu thiết bị. Các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện trong chương trình của chúng tôi **không** được tính vào 13 khoản thanh toán liên tiếp này.

Nếu quý vị đã thực hiện ít hơn 13 khoản thanh toán cho thiết bị DME theo Original Medicare **trước khi** tham gia chương trình của chúng tôi, các khoản thanh toán trước đó của quý vị không tính vào 13 khoản thanh toán liên tiếp. Quý vị phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới sau khi quý vị quay lại chương trình Original Medicare để sở hữu thiết bị. Sẽ không có ngoại lệ đối với trường hợp này khi quý vị quay lại Original Medicare.

K3. Lợi ích về thiết bị oxy với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi

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

- Tiền thuê thiết bị cấp oxy

- Cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị cấp oxy

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

K4. Thiết bị oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare

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

Nếu thiết bị cấp oxy là cần thiết về 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 y tế.

Nếu thiết bị cấp oxy vẫn cần thiết về y tế **vào cuối giai đoạn 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 y tế.

Chương 4: Bảng Phúc lợi

Giới thiệu

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

Các thành viên mới của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP): Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký vào Molina Medicare Complete Care Plus để hưởng phúc lợi Medicare vào ngày 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu đăng ký vào Molina Medicare Complete Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình 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 khoảng trống 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. Dịch vụ được bao trả 53
A1. Trong trường hợp cấp cứu y tế cộng đồng 53
B. Các nguyên tắc không cho phép nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị 53
C. Về Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi 53
D. Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi 55
E. Các phúc lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi 103
E1. Chuyển tiếp về Cộng đồng California (CCT) 103
E2. Chương trình Nha khoa Medi-Cal 104
E3. Chăm sóc cuối đời 105
F. Các phúc lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả 105

A. Dịch vụ được bao trả

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

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

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 nguyên tắc không cho phép nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới của mình tính hóa đơn với quý vị cho các dịch vụ được bao trả. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp và không để quý vị phải chịu bất kỳ khoản phí nào. Điều này vẫn đúng cho dù chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn so với giá dịch vụ nhà cung cấp đưa ra.

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

C. Về Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi

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

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

- Chúng tôi phải cung cấp các dịch vụ được bao trả của Medicare và Medi-Cal cho quý vị 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 kích thích, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thiết bị và thuốc) phải cần thiết về y tế. “Cần thiết về y tế” mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hay điều trị bệnh trạng, 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 nhà điều dưỡng. Điều đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong ngành y tế. Một dịch vụ cần thiết về mặt y tế khi dịch vụ đó hợp lý và cần thiết để bảo vệ cuộc sống, ngăn chặn bệnh hoặc khuyết tật nghiêm trọng hoặc làm giảm bớt cơn đau dữ dội.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* 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 nhóm chăm sóc đang 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 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* có thêm thông tin về việc nhận giấy giới thiệu và giải thích khi nào quý vị không cần giấy giới thiệu.
- Quý vị phải nhận được sự chăm sóc từ các nhà cung cấp liên kết với nhóm y tế thuộc PCP của quý vị. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên*.
- Chúng tôi bao trả một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng phúc lợi chỉ khi bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi chấp thuận trước. Đây được gọi là sự cho phép trước. Chúng tôi đánh dấu các dịch vụ được bao trả trong Bảng phúc lợi cần sự cho phép trước được **in đậm**.
- Nếu quý vị đang ở trong chương trình của chúng tôi trong khoảng thời gian (6) tháng được coi là đủ điều kiện tiếp tục, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả phúc lợi của Medicare được bao trả theo chương trình Medicare Advantage. Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả những phúc lợi của chương trình Medicaid được bao gồm trong Chương trình Medicaid hiện hành của Tiểu bang và chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc chia sẻ chi phí mà tiểu bang sẽ phải chịu trách nhiệm nếu quý vị không bị mất tính đủ điều kiện hưởng Medicare. Số tiền chia sẻ chi phí Medicare cho các phúc lợi Medicare cơ bản và bổ sung không thay đổi trong giai đoạn này.

Thông tin về phúc lợi quan trọng đối với Thành viên mắc một số bệnh mạn tính. Nếu quý vị có (các) bệnh 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 và các tình trạng phụ thuộc thuốc khác kéo dài
- 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
- Bệnh trạng về sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật
- Rối loạn thần kinh
- Đột quỵ

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

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

D. Bảng Phúc lợi của chương trình chúng tôi

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	**Khám sàng lọc phình động mạch chủ vùng bụng** Chúng tôi thanh toán một lần khám sàng lọc bằng siêu âm cho người có nguy cơ. Chương trình chỉ bao trả cho khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố rủi ro nhất định và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên gia điều dưỡng 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.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Châm cứu Chúng tôi thanh toán cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong một tháng bất kỳ hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về 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 cụ thể (không thể xác định nguyên nhân toàn thân, ví dụ như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc nhiễm trùng); • không liên quan đến phẫu thuật; **và** • không liên quan đến việc mang thai. Ngoài ra, chúng tôi chi trả thêm 8 buổi châm cứu cho điều trị đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị cho thấy có cải thiện. Quý vị có thể nhận không quá 20 điều trị châm cứu cho đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Điều trị châm cứu cho đau thắt lưng mạn tính sẽ phải dừng khi quý vị không tiến triển tốt hơn hoặc nếu quý vị tiến triển xấu.	$0 Quý vị phải trả $0 cho mỗi loại điều trị được Medicare bao trả
	**Khám 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. Phúc lợi này bao gồm phụ nữ mang thai. Nếu kết quả sàng lọc cho thấy quý vị dương tính với tình trạng lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận được tối đa 4 buổi tư vấn ngắn trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có thể tham gia và tỉnh táo trong khi tư vấn) với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chuyên viên đủ tiêu chuẩn tại cơ sở chăm sóc chính.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa được Medicare bao trả về sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu.

	Những 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 cứu thương được bao trả bao gồm các dịch vụ cứu thương mặt đất, máy bay cấp cứu và trực thăng cấp cứu. Phương tiện cứu thương sẽ đưa quý vị đến địa điểm gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng, khiến việc di chuyển đến nơi chăm sóc bằng các cách khác có thể gây nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. Dịch vụ cứu thương cho các trường hợp khác phải được chúng tôi chấp thuận. Trong những trường hợp không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi có thể thanh toán cho phương tiện cứu thương. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng, khiến việc di chuyển đến nơi chăm sóc bằng các cách khác có thể gây nguy hiểm đến tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị.	$0 Quý vị phải trả $0 cho mỗi chuyến xe cấp cứu một chiều được Medicare bao trả. **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 gọi xe cấp cứu. Hãy tham khảo "Bảo hiểm khẩn cấp/ cấp cứu trên toàn cầu" trong bảng này nếu quý vị cần vận chuyển bằng xe cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.
	Khám sức khỏe hàng năm (Bổ sung) Khám sức khỏe định kỳ hàng năm bao trả cho các dịch vụ kiểm tra sức khỏe khác chỉ do bác sĩ, điều dưỡng hoặc trợ lý bác sĩ thực hiện. Đây là cơ hội tuyệt vời để tập trung chú ý vào việc phòng ngừa và tầm soát. Trong quá trình khám sức khỏe 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 bệnh trạng.	$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.
	**Thăm khám sức khỏe hàng năm** Quý vị cần kiểm tra sức khỏe hàng năm. Việc này nhằm thực hiện hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố rủi ro hiện tại của quý vị. Chúng tôi thanh toán cho khoản này một lần mỗi 12 tháng.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho lần thăm 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

	Những 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). Những thủ thuật này xác định khối lượng xương, phát hiện tình trạng suy giảm mật độ xương hoặc tìm hiểu về chất lượng xương. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ một lần mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về 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 bao trả.
	Khám sàng lọc ung thư vú (chụp X quang tuyến vú) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Một lần chụp X quang tuyến vú cơ bản từ 35 đến 39 tuổi • Chụp X quang tuyến vú sàng lọc 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho việc chụp X quang tuyến vú sàng lọc được bao trả.
	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 theo chỉ định hoặc giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu, có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim mạch.	$0 **Có thể cần sự cho phép trước.**
	Khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (điều trị bệnh tim mạch) Chúng tôi thanh toán cho một lần thăm khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về y tế với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để giúp quý vị giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần khám đó, bác sĩ của quý vị có thể: • Trao đổi về việc sử dụng aspirin, • Kiểm tra huyết áp của quý vị, **và/hoặc** • Cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị đang ăn uống tốt.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các phúc lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng điều trị hành vi chuyên sâu.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Xét nghiệm bệnh tim mạch Chúng tôi thanh toán cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch 5 năm một lần (60 tháng). Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các khuyết tật do nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả mỗi 5 năm một lần
	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 về ung thư cổ tử cung và âm đạo: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần • Đối với phụ nữ đã xét nghiệm Pap bất thường trong 3 năm trước đó và đang ở độ tuổi sinh sản: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần • Đối với phụ nữ ở độ tuổi 30-65: xét nghiệm virus papilloma ở người (HPV) hoặc xét nghiệm Pap kết hợp HPV mỗi 5 năm một lần	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho xét nghiệm Pap và khám phòng ngừa vùng chậu được Medicare bao trả.
	Dịch vụ xoa nắn khớp Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Điều chỉnh cột sống trở về vị trí đúng	Quý vị trả $0 mỗi lần thăm khám các dịch vụ được Medicare bao trả này.
	Khám sàng lọc ung thư đại tràng Đối với những người từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Nội soi đại tràng sigma ống dẻo (hoặc thụt bari sàng lọc) 48 tháng một lần • Xét nghiệm máu ẩn trong phân, 12 tháng một lần • Xét nghiệm máu ẩn trong phân Guaiac hoặc xét nghiệm hóa miễn dịch phân, 12 tháng 1 lần • Khám sàng lọc đại tràng dựa trên DNA, 3 năm một lần • Nội soi đại tràng 10 năm một lần (nhưng không tiến hành trong vòng 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma) • Nội soi đại tràng (hoặc thụt bari sàng lọc) 24 tháng một lần đối với những người có nguy cơ cao mắc ung thư đại tràng.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho thăm khám sàng lọc ung thư đại tràng được Medicare bao trả.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS) CBAS là chương trình dịch vụ tại cơ sở ngoại trú, nơi mọi người tham dự theo một lịch trình. Chương trình này cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, liệu pháp (bao gồm liệu pháp cơ năng, thể chất và ngôn ngữ), chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, dịch vụ về dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác. Chúng tôi thanh toán cho CBAS nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tính đủ điều kiện. **Lưu ý:** Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp riêng các dịch vụ này.	$0
	**Tư vấn bỏ hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá** Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng mắc các bệnh liên quan đến thuốc lá và muốn hoặc cần cai thuốc: • 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 được cung cấp 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 về bỏ hút thuốc và sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.
	Dịch vụ nha khoa Một số dịch vụ nha khoa, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc vệ sinh, trám răng và răng giả, được cung cấp thông qua Chương trình Medi-Cal Dental hoặc FFS Medi-Cal. Chúng tôi cung cấp các phúc 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 $4,000 mỗi năm theo lịch cho tất cả dịch vụ nha khoa toàn diện và phòng ngừa bổ sung, bao gồm răng giả. 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 hoặc Medi-Cal (Medicaid) bao trả.	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này nếu sử dụng Thẻ MyChoice của quý vị.

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

	Những 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 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 thứ sau: • Máy theo dõi glucose trong máu • Que thử glucose trong máu • Thiết bị trích máu và kim trích máu • Các dung dịch kiểm soát nồng độ glucose để kiểm tra tính chính xác của que thử và máy theo dõi • Chúng tôi bao trả vật tư dành cho bệnh tiểu đường từ nhà sản xuất ưu tiên mà không cần có sự cho phép trước. Chúng tôi sẽ bao trả các thương hiệu khác nếu quý vị nhận được sự cho phép trước từ chúng tôi. • 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 đúc trị liệu tùy chỉnh (bao gồm cả miếng chèn giày), bao gồm cả dịch vụ thử giày và thêm 2 cặp miếng chèn giày mỗi năm theo lịch, **hoặc** ◦ Một đôi giày sâu, bao gồm dịch vụ thử giày và 3 cặp chèn giày mỗi năm (không bao gồm các miếng chèn có thể tháo rời chưa được tùy chỉnh đi kèm với loại giày đó) • Trong một số trường hợp, chúng tôi thanh toán cho hoạt động đào tạo hỗ trợ quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên.	Quý vị chi trả $0 cho phúc lợi này. Vật tư y tế được bao trả khi quý vị được kê đơn và mua ở một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc thông qua chương trình Nhà thuốc dịch vụ qua đường bưu điện. Xem “Chăm sóc thị lực” trong bảng này để biết các dịch vụ của bác sĩ nếu quý vị cần khám mắt đối với bệnh võng mạc do tiểu đường hoặc sàng lọc bệnh tăng nhãn áp. Xem “Dịch vụ bệnh về chân” trong bảng này nếu quý vị bị bệnh tiểu đường và cần gặp bác sĩ để khám chân. Xem “Liệu pháp dinh dưỡng y tế” trong bảng này nếu quý vị bị tiểu đường và cần các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế (MNT). **Có thể cần sự cho phép trước đối với vật tư bệnh tiểu đường, giày tiểu đường và lót giày.** **Không cần sự cho phép trước đối với chương trình đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ hộ sinh Đối với những người mang thai, chúng tôi thanh toán cho chín lần thăm khám hộ sinh trong giai đoạn tiền và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.	$0
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan Tham khảo chương cuối trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)". Chúng tôi bao trả các vật phẩm sau: • Xe lăn bao gồm xe lăn điện • Nạng • Hệ thống đệm có động cơ • Tấm ép khô dùng cho đệm • Vật tư dành cho bệnh tiểu đường • Giường bệnh viện do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà • Thiết bị để tiêm truyền tĩnh mạch (IV) và cột treo • Máy truyền qua đường ruột và vật tư • Thiết bị tạo giọng nói • Thiết bị cấp oxy và vật tư • Máy xông khí dung • Khung tập đi • Gậy có tay cầm cong hoặc bốn chân tiêu chuẩn và vật tư thay thế • Dụng cụ kéo cổ (lắp trên cửa ra vào) • Máy kích thích tạo xương • Thiết bị chăm sóc lọc thận Những vật phẩm khác có thể được bao trả. Chúng tôi thanh toán cho mọi DME cần thiết về 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.	$0 Quý vị chi trả $0 cho DME và các vật tư liên quan được Medicare bao trả. **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những 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 nghĩa là các dịch vụ: • Do nhà cung cấp được đào tạo cung cấp để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, **và** • Cần điều trị cấp cứu y tế. Cấp cứu y tế là bệnh trạng có các triệu chứng như đau dữ dội hoặc chấn thương nghiêm trọng. Bệnh 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 thai nhi; **hoặc** • Gây tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc** • Gây rối loạn chức năng nghiêm trọng đến bất cứ 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 một cách an toàn sang bệnh viện khác 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 có tại Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, ngoại trừ trong trường hợp giới hạn. Liên hệ với chương trình để biết thông tin chi tiết. Như một phúc lợi bổ sung, chúng tôi cung cấp bảo hiểm cấp cứu toàn cầu lên đến $10,000 mỗi năm theo lịch để vận chuyển cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc cấp cứu và chăm sóc sau khi ổn định.	$0 Nếu được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, quý vị phải quay trở lại bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc của quý vị tiếp tục được bao trả. Quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để được chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi phê duyệt điều đó. Quý vị phải quay lại bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được thanh toán. Quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để được chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi phê duyệt điều đó.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật pháp cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp nào cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Khám kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế • Xét nghiệm kế hoạch gia đình và xét nghiệm chẩn đoán • Các phương pháp kế hoạch hoá gia đình (IUC/IUD, que cấy tránh thai, tiêm, thuốc kiểm soát mang thai, miếng dán hoặc vòng) • Vật tư để tránh thai khẩn cấp khi dược sĩ có hợp đồng, hoặc nhà cung cấp không có hợp đồng cung cấp trong trường hợp khẩn cấp. • Dịch vụ chăm sóc theo dõi đối với mọi vấn đề quý vị có thể gặp phải khi sử dụng các phương pháp kiểm soát sinh sản của nhà cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. • Vật tư cho kế hoạch hóa gia đình theo kê đơn (bao cao su, miếng xốp ngừa thai, bọt tránh thai, màng phim tránh thai, màng ngăn âm đạo, mũ chụp) • Tư vấn và chẩn đoán vô sinh và các dịch vụ liên quan • Tư vấn, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) • Tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS và các bệnh trạng khác liên quan đến HIV • Ngừa thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên nếu muốn chọn biện pháp kế hoạch hoá gia đình này. Quý vị phải ký một phiếu chấp thuận khử trùng của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật.) • Tư vấn về 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 bệnh vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các phương pháp thụ tinh nhân tạo). • Điều trị AIDS và các bệnh khác liên quan đến HIV • Xét nghiệm di truyền **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp) Để biết thêm thông tin về các Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình mà quý vị có thể nhận được tại khu vực của mình, hãy gọi cho State Department of Health Services, Office of Family Planning theo số điện thoại miễn phí 1(800) 942-1054. • Lưu ý: Một số bệnh viện và nhà cung cấp khác có thể không cung cấp một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể được bao trả theo hợp đồng chương trình của quý vị. Các dịch vụ này có thể bao gồm tư vấn kế hoạch hóa gia đình và dịch vụ kiểm soát sinh sản, trong đó có ngừa thai khẩn cấp, triệt sản (bao gồm thắt ống dẫn trứng khi chuyển dạ và sinh nở) hoặc phá thai. Hãy gọi cho bác sĩ, nhóm y tế, phòng khám hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn phí (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương để đảm bảo quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mình cần.	
	Phúc lợi tập thể dục (Bổ sung) Quý vị nhận được tư cách thành viên trung tâm thể dục tại các trung tâm thể dục tham gia. Nếu quý vị không thể đến một trung tâm thể dục hoặc thích tập thể dục ở nhà, quý vị có thể chọn bộ dụng cụ Tập thể dục tại nhà. Bộ dụng cụ sẽ giúp quý vị vận động trong nhà thoải mái. Nếu quý vị chọn tập luyện tại trung tâm thể dục, quý vị có thể xem trang web và chọn một địa điểm tham gia hoặc quý vị có thể trực tiếp đến trung tâm thể dục đối tác để bắt đầu. Các cơ sở và chuỗi trung tâm thể dục đối tác có thể khác nhau tùy từng địa điểm và có thể thay đổi. Bộ dụng cụ thể dục có thể thay đổi.	$0 Không cần giấy giới thiệu hoặc cho phép trước để sử dụng phúc lợi này. Luôn thảo luận với bác sĩ của quý vị trước khi bắt đầu hoặc thay đổi thói quen tập thể dục của quý vị.
	**Chương trình giáo dục về sức khỏe** Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào các tình trạng sức khỏe nhất định. Những chương trình này bao gồm: • Các lớp học Giáo dục sức khỏe; • Các lớp học Giáo dục dinh dưỡng; • Đường dây nóng y tá	$0

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ thính giác Chúng tôi thanh toán cho kiểm tra thính giác và kiểm tra khả năng giữ thăng bằng được nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Những kiểm tra này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không. Những kiểm tra này được bao trả như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận được từ bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác. 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. 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. Nếu quý vị đang mang thai hoặc ở tại cơ sở điều dưỡng, chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho các thiết bị trợ thính, bao gồm: • Khuôn, vật tư và đệm lót • Sửa chữa mà chi phí nhiều hơn $25 mỗi lần • Một bộ pin ban đầu • Sáu lần khám đào tạo, điều chỉnh và lắp đặt với cùng nhà cung cấp sau khi quý vị nhận được máy trợ thính • Cho thuê thiết bị trợ thính trong thời gian dùng thử	$0 **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Trợ giúp một số bệnh mạn tính Nếu quý vị được chẩn đoán mắc (các) bệnh trạng mạn tính sau đây được xác định bên dưới và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính. • Nghiện rượu và các tình trạng phụ thuộc thuốc khác kéo dài • 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 • Bệnh trạng về sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật • Rối loạn thần kinh • Đột quỵ Quý vị sẽ cần nộp biểu mẫu Đánh giá nguy cơ sức khỏe do bác sĩ hoàn thành để xác định là quý vị mắc một trong những bệnh trạng được liệt kê có thể trở nên tồi tệ hơn nếu không được tiếp cận một trong những phúc lợi bổ sung đặc biệt được liệt kê bên dưới. Cần hoàn tất quy trình sau để hội đủ điều kiện: Gọi bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị để bắt đầu tiếp cận các phúc lợi này. Lưu ý: Bằng cách yêu cầu phúc 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. Khi nhận được yêu cầu của quý vị để tiếp cận phúc lợi SSBCI, một nhân viên đại diện bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ gửi đơn Đánh giá nguy cơ sức khỏe và mẫu giấy giới thiệu SSBCI đến nhà cung cấp của quý vị để điền, nếu hiện tại chưa có hồ sơ nào về phúc lợi SSBCI với Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho Thẻ MyChoice của quý vị. **Có thể cần tham gia chương trình quản lý chăm sóc. Thành viên cũng phải có bác sĩ ký duyệt xét nghiệm dựa trên việc thiếu thông tin bệnh sử.** **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Trợ giúp một số bệnh mạn tính (tiếp tục) Quý vị (thành viên) sẽ cần phải chỉ định Bác sĩ chăm sóc chính để thực hiện đánh giá, hoàn thành biểu mẫu đánh giá nguy cơ sức khỏe của quý vị và chọn từng bệnh trạng đủ điều kiện được liệt kê trong mẫu giấy giới thiệu SSBCI. Nhà cung cấp của quý vị phải hoàn tất và ký vào cả mẫu Đánh giá nguy cơ sức khỏe và giấy giới thiệu SSBCI và gửi fax cả hai mẫu đơn đến số được liệt kê trên mẫu giấy giới thiệu SSBCI. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) sẽ gửi xác nhận đã nhận và sau khi được phê duyệt, sẽ thông báo cho quý vị các khoản tiền SSBCI bổ sung sẽ được cung cấp thông qua Thẻ MyChoice của quý vị. Khi được phê duyệt, Thẻ MyChoice của quý vị sẽ tự động được nạp tối đa $150 mỗi quý để sử dụng cho các phúc lợi SSBCI. Các phúc lợi SSBCI bên dưới có thể được kết hợp dựa trên bệnh trạng của quý vị, nhưng mức trợ cấp tổng cộng tối đa là $150 mỗi quý. Mọi khoản tiền chưa sử dụng vào cuối mỗi quý sẽ không được chuyển sang quý sau. **Trợ cấp vật tư về dịch vụ động vật:** Hỗ trợ cho thành viên khuyết tật hoặc mắc bệnh mạn tính cần được hỗ trợ Dịch vụ động vật. Để đủ điều kiện hưởng phúc lợi này, chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có đơn HRA đã điền và xác nhận nhu cầu đối với Dịch vụ động vật. Trợ cấp vật tư dịch vụ động vật có thể được sử dụng để mua thức ăn và vật dụng cho động vật từ bất kỳ cửa hàng bán lẻ hoặc trực tuyến nào được xác định là cửa hàng thú cưng (ví dụ: Petco, PetSmart, Chewy, v.v.). Trợ cấp này không bao trả chi phí nhận, huấn luyện hoặc bất kỳ dịch vụ thú y nào cho động vật hướng dẫn. **Kiểm soát sinh vật gây hại:** Phúc lợi này được giới hạn ở các dịch vụ kiểm soát sinh vật gây hại tại nơi cư trú hiện tại của quý vị (theo địa chỉ trong hồ sơ với chương trình). Việc điều trị kiểm soát sinh vật gây hại có thể được thực hiện bởi bất kỳ nhà cung cấp nào có ID người bán đã đăng ký cho thấy họ cung cấp dịch vụ Kiểm soát sinh vật gây hại. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Trợ giúp một số bệnh mạn tính (tiếp tục) Nhà cung cấp dịch vụ Kiểm soát sinh vật gây hại ưu tiên của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là Terminix. Terminix ký hợp đồng trực tiếp với Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) để cung cấp dịch vụ kiểm soát sinh vật gây hại với mức giá giảm. Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice để thanh toán cho các dịch vụ. **Bộ dụng cụ xét nghiệm gen không được Medicare bao trả:** Các xét nghiệm bao gồm, nhưng không giới hạn: Nhạy cảm với thực phẩm, dị ứng trong nhà và ngoài trời, giấc ngủ và căng thẳng, v.v. Phúc lợi này được thiết kế để giúp các thành viên có thể không được tiếp cận với bệnh sử của gia đình để chỉ ra bất kỳ lo ngại nào về sức khỏe trong tương lai. Thành viên có thể mua bộ dụng cụ xét nghiệm này tại bất kỳ trang web trực tuyến nào có ID người bán đã đăng ký cho thấy họ là nhà cung cấp bộ dụng cụ xét nghiệm di truyền. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) có hợp đồng trực tiếp với Everlywell để cung cấp bộ dụng cụ xét nghiệm với mức giá giảm. Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice đã nạp tiền để thanh toán cho các dịch vụ này. **Trợ cấp Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần:** Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần được thiết kế nhằm cung cấp các công cụ hữu ích nhằm hỗ trợ thành viên quản lý tình trạng khuyết tật. Ví dụ về Ứng dụng sức khỏe thể chất và tinh thần bao gồm: Talkspace, Headspace, Calm, v.v. Thành viên phải sử dụng Thẻ MyChoice đã nạp tiền để mua các ứng dụng này. Phúc lợi SSBCI bên dưới có số tiền hạn mức tối đa là $35 mỗi tháng. Hạn mức hàng tháng này không được dùng chung với các phúc lợi SSBCI ở trên. Mọi khoản tiền chưa sử dụng vào cuối mỗi tháng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Trợ giúp một số bệnh mạn tính (tiếp tục) **Thực phẩm và Sản phẩm:** Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ được chi $80 cho các phúc lợi Thực phẩm và sản phẩm. Trợ cấp hàng tháng này không được dùng chung cho các dịch vụ SSBCI sau đây: Kiểm soát côn trùng, Vật tư dịch vụ động vật, Bộ dụng cụ xét nghiệm gen không được Medicare bao trả và Ứng dụng sức khỏe thể chất & sức khỏe tinh thần. Mọi khoản tiền chưa sử dụng vào cuối mỗi tháng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. Quý vị có thể sử dụng hạn mức trong Thẻ MyChoice của quý vị để mua nhiều loại sản phẩm thực phẩm dinh dưỡng có thương hiệu và thông thường ở cửa hàng đối tác tại địa phương gần đó, hoặc trực tuyến có dịch vụ giao hàng đến tận nhà miễn phí tại Members.NationsBenefits.com/Molina.	
	**Khám sàng lọc HIV** Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc HIV 12 tháng một lần cho những người: • Yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV, **hoặc** • Gia tăng nguy cơ nhiễm HIV. Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi thanh toán tối đa ba xét nghiệm sàng lọc HIV trong khi mang thai. Chúng tôi cũng thanh toán cho (các) lần khám sàng lọc HIV khác khi nhà cung cấp của quý vị khuyến cáo.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thành viên đủ điều kiện để sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare bao trả.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần các dịch vụ này, và các dịch vụ phải được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Các dịch vụ trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà và điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục (Để được bao trả theo phúc lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà và điều dưỡng chuyên môn của quý vị phải có tổng số giờ ít hơn 8 giờ/ngày và 35 giờ/tuần). • Liệu pháp vật lý, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn ngữ • Các dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật tư y tế	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này. **Có thể cần sự cho phép trước.**
	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. Dưới đây là các yếu tố cần thiết để truyền dịch tại nhà: • Thuốc hoặc các chất sinh học, như chất kháng virus hoặc globulin miễn dịch; • Thiết bị, chẳng hạn như bơm; **và** • Vật tư, chẳng hạn như ống hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ truyền dịch tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị; • Đào tạo và giáo dục thành viên chưa bao gồm trong phúc lợi DME; • Theo dõi từ xa; **và** • Các dịch vụ theo dõi để cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền dịch tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch trang bị.	Quý vị chi trả $0 cho Liệu pháp truyền dịch tại nhà được Medicare bao trả. **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của chương trình 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 sống được không quá 6 tháng. Quý vị có thể nhận được 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 quý vị có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi thanh toán các dịch vụ sau đây trong khi quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc cuối đời: • Thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau • Chăm sóc tạm thế ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà **Dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ do Medicare Phần A hoặc B bao trả được xuất hóa đơn cho Medicare.** • Tham khảo **Phần F** trong chương này để biết thêm thông tin. **Đối với các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả nhưng Medicare Phần A hoặc B không bao trả:** • Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ không được Medicare Phần A hoặc B bao trả. Chúng tôi bao trả các dịch vụ này dù có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải chi trả cho các dịch vụ này. **Đối với thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi:** • Dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ đồng thời bao trả các loại thuốc. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên*. **Lưu ý:** Nếu cần sử dụng dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho Người quản lý hồ sơ của mình để sắp xếp dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời **không** liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho người mắc bệnh giai đoạn cuối chưa chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời.	Khi quý vị đăng ký 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).

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	**Chủng ngừa** Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Vắc-xin phòng 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 y tế • Vắc-xin phòng ngừa viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh viêm gan B cao hoặc trung bình • Vắc-xin COVID-19 • Vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh và đáp ứng các quy tắc bao trả của Medicare Phần B Chúng tôi thanh toán cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần D. Tham khảo **Chương 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu thêm. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho toàn bộ các vắc-xin cho người lớn được Ủy ban cố vấn về thực hành tiêm chủng (ACIP - Advisory Committee on Immunization Practices) khuyến cáo tiêm.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vắc-xin viêm phổi, cúm, viêm gan siêu vi B và COVID-19.
	Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà (Bổ sung) Quý vị có quyền tiếp cận Dịch vụ hỗ trợ tại nhà, bao gồm dọn dẹp, làm việc trong nhà, chuẩn bị bữa ăn và hỗ trợ các hoạt động có công cụ khác trong cuộc sống hàng ngày. Quý vị có thể sử dụng tối đa 90 giờ mỗi năm.	$0

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Chương trình của chúng tôi bao trả không giới hạn cho thời gian nằm viện nội trú. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ khác cần thiết về y tế không được liệt kê ở đây: • Phòng hai giường (hoặc một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thường xuyên • Chi phí của các khu chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như các khu chăm sóc chuyên sâu hoặc các khu chăm sóc mạch vành • Thuốc và dược phẩm • Các xét nghiệm • X quang và các dịch vụ X quang khác • Vật tư phẫu thuật và y tế cần thiết • Thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • Dịch vụ tại phòng phẫu thuật và hồi sức • Liệu pháp vật lý, cơ năng và ngôn ngữ • Dịch vụ điều trị nội trú về lạm dụng chất kích thích • Trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào thân và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ xem xét hồ sơ của quý vị và quyết định xem quý vị có đủ điều kiện cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp cấy ghép có thể ở địa phương hoặc nằm ngoài khu vực dịch vụ. Nếu nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép địa phương sẵn lòng chấp nhận mức giá của Medicare, quý vị có thể sử dụng dịch vụ cấy ghép ở địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc dành cho cộng đồng của quý vị. Nếu Molina Medicare Complete Care Plus cung cấp các dịch vụ cấy ghép bên ngoài mô hình chăm sóc dành cho cộng đồng và quý vị chọn nhận dịch vụ cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc bao trả chi phí đi lại và chỗ ở cho quý vị và một người nữa. Để biết thêm thông tin về dịch vụ cấy ghép và các dịch vụ được bao trả, hãy liên hệ bộ phận Dịch vụ thành viên. • Máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • Dịch vụ của bác sĩ	$0 Quý vị phải được chương trình của chúng tôi phê duyệt 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 sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần Chúng tôi thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mà cần nhập viện. • Nếu quý vị cần các dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về y tế. Việc cho phép dịch vụ chăm sóc quá 190 ngày được phối hợp với cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương. ◦ Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp ở 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 (Institute for Mental Diseases - IMD).	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này. **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những 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 bao trả ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả Chúng tôi không chi trả cho việc nằm viện nội trú của quý vị nếu điều đó không hợp lý và không cần thiết về y tế. Tuy nhiên, trong một số trường hợp chăm sóc nội trú không được bao trả, chúng tôi có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Dịch vụ của bác sĩ • Các xét nghiệm chẩn đoán, chẳng hạn như các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Chụp X quang, liệu pháp radium và liệu pháp đồng vị, bao gồm cả tài liệu và các dịch vụ kỹ thuật • Băng gạc phẫu thuật • Nẹp xương, bó bột, và các thiết bị khác được sử dụng trong trường hợp gãy xương và trật khớp • Chi giả và dụng cụ chỉnh hình, trừ nha khoa, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị như vậy. 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. • Nẹp chân, cánh tay, lưng, và cổ, khung nẹp, và chân, cánh tay và mắt giả. Việc này bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết vì bị gãy, bị mòn, mất hoặc thay đổi bệnh trạng của quý vị • 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 phúc lợi này. **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những 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 có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị lọc thận ngoại trú, bao gồm cả điều trị lọc thận khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong **Chương 3** của *Sổ tay thành viên*, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không hoạt động hoặc không thể tiếp cận được. • Điều trị lọc thận nội trú nếu quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt • Đào tạo về tự lọc thận, bao gồm cả đào tạo cho quý vị và bất cứ ai giúp quý vị điều trị lọc thận tại nhà • Thiết bị và vật tư lọc thận tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà nhất định, chẳng hạn như thăm khám cần thiết của nhân viên lọc thận được đào tạo để kiểm tra việc lọc thận tại nhà của quý vị, trợ giúp trong trường hợp khẩn cấp, và kiểm tra thiết bị lọc thận của quý vị và nguồn nước. Phúc lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị thanh toán cho một số thuốc phục vụ lọc thận. Để biết thông tin, hãy xem “Các thuốc theo toa Medicare Phần B” trong bảng này.	$0 Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này. Medicare bao trả tối đa 6 buổi mỗi vòng đời của thiết bị.
	**Khám sàng lọc ung thư phổi** Chương trình của chúng tôi thanh toán cho hoạt động sàng lọc ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị: • Từ 50-77 tuổi **và** • Có một buổi thăm khám tư vấn và ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác, **và** • Đã hút ít nhất 1 bao thuốc mỗi ngày trong 20 năm và không có dấu hiệu hay triệu chứng ung thư phổi hoặc hiện đang hút thuốc hay đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua. Sau khi sàng lọc lần đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán cho một lần sàng lọc khác mỗi năm khi có yêu cầu bằng văn bản từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc thăm khám tư vấn và đưa ra quyết định chung được Medicare bao trả.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Phúc lợi bữa ăn (Bổ sung) Phúc lợi này nhằm giúp quý vị duy trì sức khỏe và khỏe mạnh sau khi Điều trị nội trú tại bệnh viện hoặc Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), hoặc mắc bệnh hoặc có bệnh tiềm ẩn đòi hỏi quý vị phải ở nhà trong một khoảng thời gian. Người quản lý hồ sơ hoặc bác sĩ của quý vị sẽ quyết định xem quý vị có cần phúc lợi này không. Bác sĩ có thể yêu cầu cho quý vị được hưởng phúc lợi này nếu quý vị mắc một số bệnh mạn tính nhất định. Phúc lợi này cung cấp 2 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày với tổng cộng 28 bữa ăn được giao. Loại bữa ăn sẽ được dựa trên bất kỳ nhu cầu ăn uống nào mà quý vị có thể có. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để nhận thêm 28 bữa ăn trong 14 ngày khi có phê duyệt. Chương trình bao trả tối đa 4 tuần và áp dụng tối đa 56 bữa ăn mỗi năm theo lịch. Người quản lý hồ sơ sẽ đặt bữa ăn cho quý vị và sẽ được giao đến nhà quý vị. Lần giao đầu tiên thường đến trong vòng 72 giờ (3 ngày làm việc) kể từ ngày xử lý đơn đặt. Quý vị sẽ được liên hệ trước ngày giao.	$0 **Có thể cần sự cho phép trước.**
	**Liệu pháp dinh dưỡng y tế** Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không cần lọc thận. Phúc lợi này cũng được áp dụng sau khi cấy ghép thận theo chỉ định của bác sĩ. 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, điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận được nhiều hơn số giờ điều trị 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 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 bao trả.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	**Chương trình Phòng tránh Tiểu đường 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 tốt cho sức khỏe. Chương trình này cung cấp nội dung đào tạo thực tế về: • Thay đổi chế độ ăn lâu dài, **và** • Tăng cường hoạt động thể chất, **và** • Các cách duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho phúc lợi này (MDPP).

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Các loại thuốc theo toa Medicare Phần B Những thuốc này được bao trả theo Medicare Phần B. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các loại thuốc sau: • Thuốc quý vị thường không tự tiêm cho mình và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận các dịch vụ của bác sĩ, tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc tại trung tâm phẫu thuật không lưu trú • Thuốc 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. • Chất làm đông máu mà quý vị được tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông • Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã đăng ký vào Medicare Phần A tại thời điểm cấy ghép nội tạng • Thuốc điều trị loãng xương được tiêm. Chúng tôi thanh toán cho các thuốc này nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc • Kháng nguyên • Một số loại thuốc chống ung thư uống và các loại thuốc chống nôn • Một số thuốc dùng cho thẩm tách tại nhà, trong đó có heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về y tế), thuốc gây tê tại chỗ và chất kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn như Procrit© hoặc Epoetin Alfa) • Globulin miễn dịch tiêm truyền qua đường tĩnh mạch để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch chính Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách thuốc Phần B có thể phải điều trị theo liệu pháp từng bước: www.molinahealthcare.com/Medicare Chúng tôi cũng sẽ bao trả cho một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc theo toa Phần B và phần D của Medicare. **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ giải thích về phúc lợi thuốc theo toa ngoại trú của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả cho toa thuốc. **Chương 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ giải thích những khoản quý vị thanh toán cho các thuốc theo toa ngoại trú qua chương trình của chúng tôi.	$0 Quý vị phải trả $0 cho mỗi loại thuốc theo toa Medicare Phần B. **Các loại thuốc Phần B có thể phải điều trị theo liệu pháp từng bước.** **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Thẻ MyChoice Thẻ MyChoice là thẻ ghi nợ phúc lợi trả trước có thể được sử dụng để thanh toán các phúc lợi bổ sung của chương trình như: • Vật phẩm không theo toa • Nha khoa • Nhãn khoa • Vận chuyển • Thực phẩm và sản phẩm* • Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính *Áp dụng các yêu cầu để đủ điều kiện. Thẻ ghi nợ trả trước không phải là thẻ tín dụng. Quý vị không thể chuyển đổi thẻ thành tiền mặt hoặc cho người khác vay. Các thủ thuật thẩm mỹ không được bao trả trong thẻ phúc lợi này. Tiền được nạp vào thẻ trong mỗi giai đoạn phúc lợi. Giai đoạn phúc lợi có thể là hàng tháng hoặc hàng quý tùy thuộc vào phúc lợi. Vào cuối mỗi giai đoạn phúc lợi, mọi khoản tiền đã phân bổ chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang giai đoạn hoặc năm chương trình tiếp theo. Nếu quý vị rời khỏi chương trình, bất kỳ khoản tiền nào đã phân bổ chưa sử dụng cũng sẽ được trả lại cho chương trình vào ngày quý vị ngừng tham gia. Chỉ có thể sử dụng tiền trợ cấp trong thẻ MyChoice để tiếp cận các phúc lợi bổ sung được chỉ định cho đến hạn mức đã xác định. Tiền trợ cấp này chỉ có thể được sử dụng bởi thành viên và không được áp dụng cho bất kỳ phúc lợi hoặc chi phí nào khác. Để biết thêm thông tin về phúc lợi OTC của quý vị hoặc cách thức đủ điều kiện cho Thực phẩm và sản phẩm, và Các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho các bệnh mạn tính (SSBCI), vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Để sử dụng tiền trợ cấp của SSBCI, thành viên phải có: một bệnh mạn tính đủ điều kiện; một HRA hợp lệ đã được hoàn thành cho việc đăng ký Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) hiện tại; và cung cấp giấy phê duyệt của bác sĩ cùng với người Quản lý hồ sơ của Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).	$0

	Những 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 Mẫu giới thiệu giáo dục y tế để chúng tôi hiểu rõ nhu cầu của quý vị trước khi gọi cho quý vị. • Can thiệp qua điện thoại kéo dài từ 30 đến 60 phút. • Quý vị sẽ được cung cấp thông tin liên hệ để biết thêm thông tin và/hoặc theo dõi khi cần hoặc muốn. Các buổi tư vấn Dinh dưỡng/chế độ ăn uống cá nhân không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi bao trả thêm 12 buổi tư vấn theo nhóm/gọi điện cá nhân. Nhà cung cấp dịch vụ sẽ giới thiệu quý vị đến chuyên gia dinh dưỡng trong mạng lưới cho những dịch vụ này.	$0

	Những 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 một nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải 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) • Bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • Các 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 kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Thuốc này bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như chất 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 trong phòng thí nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • X quang và các dịch vụ X quang khác thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ • Thiết bị y tế lâu bền • Các dịch vụ nha khoa, bao gồm cả răng giả • Các phúc lợi thị lực **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	$0 **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp) • Kiểm tra thính giác • Chăm sóc nắn xương khớp • Dịch vụ điều trị bệnh về bàn 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 ngoài mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận khoản tiền thanh toán của chương trình chúng tôi: • Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đang sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là họ cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). • Cơ sở điều dưỡng là nơi chồng/vợ hoặc bạn đời chung sống có đăng ký của quý vị đang sống lúc quý vị ra viện.	
	**Khám sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp để giảm cân** Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể là từ 30 trở lên, chúng tôi thanh toán cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải được tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính. Bằng cách đó, dịch vụ có thể được quản lý với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc sàng lọc và trị liệu phòng ngừa béo phì.
	Dịch vụ chương trình điều trị opiod (OPT) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ điều trị chứng rối loạn do sử dụng opioid (OUD) sau: • Hoạt động dùng opioid • Các đánh giá định kỳ • Thuốc được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt và nếu áp dụng, sẽ quản lý và cấp các loại thuốc này cho quý vị • Tư vấn về việc sử dụng chất kích thích • Liệu pháp cá nhân và theo nhóm • Dùng thử thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (thử độc chất)	$0 Quý vị trả $0 cho các dịch vụ của chương trình điều trị opioid ngoại trú được Medicare bao trả. **Không cần có sự cho phép trước đối với các dịch vụ của chương trình điều trị bệnh nhân ngoại trú được Medicare bao trả, nhưng có thể cần thiết nếu quý vị cần sử dụng thuốc điều trị opioid.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và vật tư trị liệu ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây và cả các dịch vụ khác cần thiết về y tế không được liệt kê ở đây: • 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 xương, bó bột, và các thiết bị khác được sử dụng trong trường hợp gãy xương và trật khớp • Các xét nghiệm • Máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng. Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu. • Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	$0 Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này. **Có thể cần sự 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.**
	Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ cần thiết về y tế mà quý vị nhận ở khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương, ví dụ như: • Các dịch vụ tại khu cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật dành cho bệnh nhân ngoại trú ◦ Dịch vụ theo dõi sẽ giúp bác sĩ biết liệu quý vị có cần nhập viện “nội trú” hay không. ◦ Trong một vài trường hợp, quý vị có thể ở lại bệnh viện qua đêm và vẫn là “bệnh nhân ngoại trú”. ◦ Quý vị có thể lấy thêm thông tin về bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú trong bảng thông tin này: www.medicare.gov/media/11101 • Các xét nghiệm trong phòng xét nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán được bệnh viện tính hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú sẽ là cần thiết nếu không thực hiện • X quang và các dịch vụ X quang khác được bệnh viện tính hóa đơn • Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp xương và bó bột • Sàng lọc phòng ngừa và các dịch vụ được liệt kê trong toàn bộ Bảng phúc lợi • Một số thuốc mà quý vị không thể tự tiêm cho mình	$0 **Có thể cần sự 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.**

	Những 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 • Nhà tâm lý học lâm sàng • Nhân viên xã hội lâm sàng • Chuyên gia điều dưỡng lâm sàng • Chuyên viên điều dưỡng • Trợ lý bác sĩ • Bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác hội đủ điều kiện của Medicare được luật pháp tiểu bang áp dụng cho phép Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Các dịch vụ phòng khám • Điều trị ban ngày • Các dịch vụ phục hồi chức năng 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 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 các mục đích giám sát liệu pháp thuốc • Phòng thí nghiệm, thuốc, vật tư và thực phẩm chức năng dành cho bệnh nhân ngoại trú • Tư vấn tâm thần	$0 Quý vị chi trả $0 mỗi trường hợp cho các dịch vụ tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú không phải do bác sĩ thực hiện, bao gồm theo dõi liệu pháp thuốc và các lần khám trị liệu nhóm hoặc cá nhân. **Có thể cần sự 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 được các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ các khu điều trị ngoại trú của bệnh viện, phòng khám chuyên gia trị liệu độc lập, các cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF), và các cơ sở khác.	$0 Quý vị chi trả $0 cho mỗi lần khám ngoại trú cần thiết về y tế cho liệu pháp vật lý (PT), liệu pháp cơ năng (OT) và/ liệu pháp ngôn ngữ (SP). **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ điều trị lạm dụng chất kích thích ngoại trú Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu • Điều trị lạm dụng thuốc • Tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân bởi bác sĩ lâm sàng đủ tiêu chuẩn • Cai nghiện bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà • Các dịch vụ cai nghiện rượu và/hoặc ma túy trong trung tâm điều trị chuyên sâu dành cho bệnh nhân ngoại trú • Điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích kéo dài	$0 **Có thể cần sự 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 Quý vị chi trả $0 cho mỗi trường hợp phẫu thuật ngoại trú được bao trả, bao gồm nhưng không giới hạn ở phí bệnh viện hoặc các loại phí cơ sở vật chất khác và phí phẫu thuật hoặc phí cho bác sĩ. **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Các thuốc không theo toa (OTC) (Bổ sung) Quý vị nhận $400 mỗi quý để chi trả cho các vật phẩm, sản phẩm và thuốc OTC được chương trình phê duyệt với Thẻ MyChoice của quý vị. Xem phần "Thẻ MyChoice" để biết thêm thông tin. Nếu quý vị không sử dụng hết số tiền phúc lợi hàng quý, số dư còn lại sẽ hết hạn và không chuyển sang giai đoạn phúc lợi tiếp theo. Bảo hiểm của quý vị bao gồm các thuốc chăm sóc sức khỏe và thể chất không theo toa OTC như vitamin, kem chống nắng, thuốc giảm đau, thuốc ho và cảm lạnh, và băng gạc. 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 mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần, 365 ngày mỗi năm. • **Qua đường bưu điện** – Điền và gửi lại đơn đặt hàng trong Danh mục sản phẩm OTC. Vật phẩm OTC qua điện thoại, đặt hàng qua đường bưu điện, trực tuyến hoặc trực tiếp tại cửa hàng bán lẻ chọn lọc. • **Thẻ ghi nợ OTC** – Tại vị trí bán lẻ có tham gia. Tham khảo Danh mục sản phẩm OTC 2023 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 2023.	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này nếu sử dụng Thẻ MyChoice của quý vị. Quý vị nhận $400 mỗi quý (3 tháng) để chi trả cho các vật phẩm, sản phẩm và thuốc OTC được chương trình phê duyệt. Mỗi quý, hoặc theo chu kỳ quý, kéo dài 3 tháng. Chu kỳ quý dành cho phúc lợi OTC được bao trả của quý vị là: • Tháng 1 đến Tháng 3 • Tháng 4 đến Tháng 6 • Tháng 7 đến Tháng 9 • Tháng 10 đến Tháng 12 Khoản $400 quý vị nhận mỗi quý hết hạn vào cuối chu kỳ quý. Số tiền này không được chuyển sang chu kỳ quý kế tiếp, vậy nên hãy đảm bảo là chi trả hết số tiền chưa sử dụng trước khi hết quý. Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm chi phí nếu quý vị vượt quá hạn mức hàng năm tối đa. Có thể áp dụng các giới hạn và loại trừ.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nằm viện bán phần Nằm viện bán phần là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có tổ chức. Dịch vụ này được cung cấp dưới hình thức dịch vụ nằm viện ngoại trú hoặc do một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng cung cấp. Dịch vụ này chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được ở phòng khám của bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu. Chương trình có thể giúp quý vị không phải nằm viện. **Lưu ý:** Vì không có trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi chỉ bao trả việc nhập viện bán phần như dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện.	$0 Quý vị chi trả $0 cho mỗi ngày quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ nằm viện bán phần được Medicare bao trả. Quý vị phải đáp ứng một số yêu cầu nhất định để đủ điều kiện cho việc bao trả 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 sự cho phép trước.**
	Hệ thống ứng cứu khẩn cấp cá nhân (PERS) (Bổ sung) PERS là hệ thống cảnh báo y tế tại nhà có thể giúp quý vị trong trường hợp khẩn cấp. Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ được cung cấp thiết bị di động hoặc cố định và một thiết bị đeo nhỏ để đeo mọi lúc. Có thể đeo ở cổ, cổ tay hoặc thắt lưng. Khi nhấn nút, quý vị sẽ được kết nối với Người đại diện Trung tâm hỗ trợ tại công ty giám sát. Nhân viên vận hành làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và sẽ giữ liên lạc với quý vị trong trường hợp khẩn cấp. Dù quý vị cần dịch vụ y tế khẩn cấp hay một thành viên gia đình để hỗ trợ quý vị, Người đại diện Trung tâm hỗ trợ sẽ trợ giúp quý vị theo nhu cầu. Các thành viên đủ điều kiện cũng sẽ được nhận các cấp dịch vụ PERSPlus. Sử dụng thiết bị PERS di động hoặc tại nhà, quý vị có thể kích hoạt nút bấm cho các nhu cầu không khẩn cấp. Nếu quý vị cảm thấy cô đơn hoặc muốn nói chuyện với ai đó, cần giúp lên lịch hẹn với bác sĩ, sắp xếp phương tiện vận chuyển, hoặc nếu cần bất kỳ sự hỗ trợ nào khác, Người đại diện Trung tâm hỗ trợ sẽ trợ giúp quý vị và có thể kết nối quý vị với bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) hoặc Người quản lý hồ sơ để giúp quý vị nhận được sự hỗ trợ cần thiết.	$0 **Người quản lý hồ sơ sẽ quyết định xem quý vị có đủ điều kiện hưởng phúc lợi này không. Cần có sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần khám tại phòng khám của bác sĩ Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về y tế được cung cấp ở những nơi như: ◦ Phòng khám của 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 • Một số dịch vụ y tế từ xa nhất định, bao gồm *các phúc lợi bổ sung về khám sức khỏe từ xa*. ◦ Quý vị có thể lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc qua khám sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này bằng khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ qua khám sức khỏe từ xa. • Một số dịch vụ khám sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc chuyên viên, cho các thành viên ở một số vùng nông thôn hoặc những nơi khác được Medicare phê duyệt • Dịch vụ khám sức khỏe từ xa dành cho các chuyến thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (EDRD) cho các thành viên lọc thận tại nhà trong một trung tâm lọc thận tại một bệnh viện hoặc tại bệnh viện tiếp cận nguy cấp, cơ sở lọc thận hoặc tại nhà • Dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ • Dịch vụ khám sức khỏe từ xa dành cho các thành viên mắc chứng rối loạn sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời xảy ra • 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 lần thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên	$0

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	◦ 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 thực hiện ngoại lệ so với điều kiện 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. **Quý vị có thể xem tiếp thông tin về phúc lợi này ở trang sau**	

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần khám tại phòng khám của bác sĩ (tiếp tục) • Đăng ký hiện diện trực tuyến (ví dụ bằng cách trò chuyện 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 chuyến thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** ◦ Việc đăng ký không dẫn tới chuyến 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 chuyến thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** ◦ Việc đánh giá này không dẫn tới chuyến thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể được sắp xếp • Bác sĩ của quý vị tham vấn với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet, hồ sơ y tế điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới • Ý kiến thứ hai của nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi thực hiện phẫu thuật • Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được bao trả giới hạn ở: ◦ Phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan ◦ Chỉnh những chỗ gãy xương hàm hoặc xương mặt ◦ Nhổ răng trước khi xạ trị bệnh ung thư có u ◦ Các dịch vụ sẽ được bao trả khi được bác sĩ cung cấp	

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ điều trị bệnh về chân Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật chấn thương và các bệnh về chân (như ngón chân khoằm hoặc đau cựa gót chân) • Chăm sóc chân định kỳ cho các thành viên mắc các bệnh trạng ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường Ngoài bảo hiểm Medi-Cal (Medicaid), chương trình còn cung cấp thêm 12 lần khám chăm sóc bàn chân định kỳ bổ sung hàng năm. Quý vị không cần phải có bệnh nền mới được hưởng phúc lợi này. Bảo hiểm bao gồm chăm sóc bàn chân thông thường như cắt bỏ cục chai và vết chai, cắt móng chân, điều trị nứt da và các vấn đề về chân khác.	$0 **Có thể cần sự 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 12 tháng một lần: • Khám trực tràng kỹ thuật số • 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.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Bộ phận giả và vật tư liên quan Các bộ phận giả thay thế tất cả hoặc một phần chức năng hoặc bộ phận cơ thể. Chúng tôi thanh toán cho các bộ phận giả sau đây, và có thể gồm các bộ phận khác không được liệt kê ở đây: • Túi hậu môn giả và vật tư liên quan đến chăm sóc hậu môn giả • Dinh dưỡng hấp thụ trong đường ruột và ngoài đường ruột, bao gồm bộ vật tư y tế truyền dinh dưỡng, máy truyền, ống và đầu nối, dung dịch, vật tư để tự truyền • Máy trợ tim • Nẹp • Giày chỉnh hình • Tay và chân giả • Vú giả (bao gồm cả áo ngực phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú) • Bộ phận giả để thay toàn bộ hoặc từng phần cơ thể bên ngoài đã bị cắt bỏ hoặc suy yếu do bệnh tật, thương tích hoặc khiếm khuyết bẩm sinh • Kem và tã dùng khi không kiểm soát được đại tiểu tiện Chúng tôi thanh toán cho một số vật tư liên quan đến các bộ phận giả. Chúng tôi cũng thanh toán cho việc sửa chữa hoặc thay thế các bộ phận giả. Chúng tôi cung cấp một số khoản bao trả sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tham khảo “Chăm sóc thị lực” ở cuối chương này để biết thêm chi tiết.	$0 Quý vị chi trả $0 cho mỗi bộ phận giả hoặc thiết bị chỉnh hình được Medicare bao trả, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa thiết bị đó và các vật tư liên quan. **Có thể cần sự cho phép trước.**
	Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi thanh toán các chương trình phục hồi chức năng phổi cho thành viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức độ trung bình cho đến rất nghiêm trọng. Quý vị phải có chỉ định phục hồi chức năng phổi của bác sĩ hoặc nhà cung cấp 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 Quý vị chi trả $0 cho mỗi lần khám phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả. **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	**Khám sàng lọc và tư vấn về bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI)** Chúng tôi thanh toán cho khám sàng lọc bệnh chlamydia, lậu, giang mai và viêm gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và cho một số người gia tăng nguy cơ mắc STI. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải chỉ định các xét nghiệm. Chúng tôi bao trả các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào một số thời điểm trong quá trình mang thai. Chúng tôi cũng thanh toán tối đa 2 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 có thể kéo dài 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 tư vấn phải diễn ra ở cơ sở chăm sóc chính chẳng hạn như phòng khám bác sĩ.	$0 Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc khám sàng lọc STI và tư vấn về các phúc lợi phòng ngừa STI được Medicare bao trả.

	Những 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) Chương trình của chúng tôi bao trả các trường hợp lưu trú Medicare và không thuộc Medicare ở SNF mà không cần nhập viện trước. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Phòng hai giường hoặc một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • Bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • Các dịch vụ điều dưỡng • Liệu pháp vật lý, liệu pháp cơ năng và liệu pháp ngôn ngữ • Thuốc mà quý vị nhận được trong chương trình chăm sóc của mình, bao gồm các chất tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như chất làm đông máu • Máu, bao gồm lưu trữ và sử dụng • Vật tư y tế và phẫu thuật được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các xét nghiệm được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Chụp X quang và các dịch vụ X quang khác thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của 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 ngoài mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận khoản tiền thanh toán của chương trình chúng tôi: • Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống trước khi quý vị đến bệnh viện (với điều kiện họ cung cấp chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) • Cơ sở điều dưỡng là nơi chồng/vợ hoặc bạn đời chung sống có đăng ký của quý vị đang sống lúc quý vị ra viện	$0 **Có thể cần sự cho phép trước.**

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) Chúng tôi thanh toán SET cho các thành viên mắc bệnh động mạch vành ngoại biên có triệu chứng (PAD) có giấy giới thiệu dành cho PAD từ bác sĩ phụ trách điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho: • Tối đa 36 buổi trong thời gian 12 tuần nếu đáp ứng mọi yêu cầu về SET • Thêm 36 buổi theo thời gian nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho rằng điều đó cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải là: • Các buổi kéo dài từ 30 đến 60 phút của một chương trình đào tạo – tập luyện trị liệu dành cho PAD ở các thành viên bị chuột rút do lưu lượng máu thấp (đi khập khiễng) • Ở cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc phòng khám của bác sĩ • Do nhân viên có chuyên môn thực hiện, người này phải đảm bảo mức độ an toàn cao và được đào tạo liệu pháp tập luyện dành cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng được đào tạo các kỹ thuật cấp cứu cơ bản lẫn nâng cao.	$0 Quý vị chi trả $0 cho các buổi thăm khám Trị liệu tập luyện có giám sát (SET) được Medicare bao trả. **Có thể cần sự cho phép trước.**
	Vận chuyển: Vận chuyển y tế không phải cấp cứu Phúc lợi này cho phép vận chuyển tiết kiệm chi phí và dễ tiếp cận nhất. Phúc lợi này có thể bao gồm: các dịch vụ vận chuyển y tế bằng xe cứu thương, xe tải có thiết kế dành cho cáng, xe tải có thiết kế dành cho xe lăn, phối hợp với phương tiện dành cho người khuyết tật. Các loại hình vận chuyển được cho phép khi: • Bệnh trạng và/hoặc thể trạng của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi hoặc một hình thức giao thông công cộng hay tư nhân khác, **và** • Tùy thuộc vào dịch vụ, có thể cần sự cho phép trước. Tham khảo Chương 3, Phần F để biết thêm thông tin.	$0 Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu, hãy gọi 911 và gọi xe cấp cứu.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Vận chuyển: Vận chuyển phi y tế Phúc lợi này cho phép vận chuyển tới các dịch vụ y tế bằng xe hơi, taxi hoặc các hình thức giao thông công cộng/tư nhân khác. Việc vận chuyển là cần thiết nhằm mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết, bao gồm di chuyển đến các cuộc hẹn khám nha khoa và lấy thuốc theo toa. Dịch vụ vận chuyển không giới hạn theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi cung cấp thêm trợ cấp $200 cho mỗi quý (3 tháng) vào thẻ Molina MyChoice của quý vị để chi tiêu cho dịch vụ Vận chuyển tới một địa điểm liên quan đến sức khỏe theo quyết định của quý vị. Số tiền này không tương ứng với số lượng “chuyến đi” đã định nhưng có thể được sử dụng cho dịch vụ vận chuyển không phải cấp cứu đến giới hạn phúc lợi. Nếu quý vị không sử dụng hết số tiền phúc lợi hàng quý, số dư còn lại sẽ hết hạn và không chuyển sang giai đoạn phúc lợi tiếp theo. Quý vị có thể sử dụng thẻ MyChoice cho các chuyến đi bằng ứng dụng gọi xe, dịch vụ taxi hoặc các hình thức vận chuyển không phải cấp cứu khác, chẳng hạn như vé xe buýt, thẻ đi tàu hoặc các hình thức giao thông công cộng khác. Chúng tôi khuyến khích các thành viên sử dụng tối đa số lần đi lại có được thông qua khoản tiền cấp phát này. Đối với các điểm đến thường được yêu cầu, như trung tâm lọc thận hoặc cơ sở vật lý trị liệu, hãy liên hệ trực tiếp với cơ sở cung cấp để xem có hình thức vận chuyển tiết kiệm chi phí hơn không trước khi lên lịch thông qua dịch vụ gọi xe hoặc dịch vụ vận chuyển bán lẻ. Phúc lợi này không giới hạn phúc lợi vận chuyển y tế không khẩn cấp của quý vị.	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này nếu sử dụng Thẻ MyChoice của quý vị. Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm chi phí nếu quý vị vượt quá hạn mức hàng năm tối đa. Có thể áp dụng các giới hạn và loại trừ. Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu, hãy gọi 911 và gọi xe cấp cứu.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc khẩn cấp Chăm sóc khẩn cấp là chăm sóc được cung cấp để điều trị: • Một trường hợp không phải là cấp cứu đòi hỏi phải chăm sóc y tế ngay lập tức, **hoặc** • Mắc bệnh đột ngột, **hoặc** • Chấn thương, **hoặc** • Tình trạng cần chăm sóc ngay lập tức. Nếu quý vị yêu cầu chăm sóc khẩn cấp, đầu tiên quý vị cần cố gắng để nhận chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc vào cuối tuần). Như một phúc lợi bổ sung, chúng tôi cung cấp bảo hiểm cấp cứu toàn cầu lên đến $10,000 mỗi năm theo lịch để vận chuyển cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc cấp cứu và chăm sóc sau khi ổn định.	$0 Quý vị chi trả $0 cho mỗi lần khám chăm sóc cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả. 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.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	**Chăm sóc thị lực** Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm; và • Tối đa $100 cho kính mắt (gọng và mắt kính) hoặc tối đa $100 cho kính áp tròng 2 năm một lần. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ ngoại trú của bác sĩ cho việc chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương mắt. Ví dụ, dịch vụ này bao gồm khám mắt hàng năm cho bệnh võng mạc do tiểu đường cho người bị bệnh tiểu đường và điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi. 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. Người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao bao gồm: • Người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp • Người bị tiểu đường • Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Chúng tôi thanh toán cho một cặp kính hoặc kính áp tròng sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể trong đó bác sĩ gắn mắt kính nội nhãn. 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. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho thấu kính sửa tật khúc xạ và gọng cũng như dịch vụ thay thế nếu quý vị cần sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể mà không đặt thấu kính. Ngoài bảo hiểm Medi-Cal (Medicaid), chương trình của chúng tôi còn cung cấp thêm trợ cấp $500 cho kiểm tra mắt định kỳ và kính mắt kết hợp. Quý vị có thể sử dụng thẻ MyChoice cho các phúc lợi về thị giác của mình. 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 hoặc Medi-Cal (Medicaid) bao trả.	Quý vị chi trả $0 cho các dịch vụ này nếu sử dụng Thẻ MyChoice của quý vị.

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	**Khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare)** Chúng tôi bao trả một lần khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare). Lần khám bao gồm: • Đánh giá sức khỏe của quý vị, • Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa quý vị cần (bao gồm cả khám sàng lọc và chụp phim), và • Giới thiệu sang dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. **Lưu ý:** Chúng tôi chỉ bao trả lần khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare) trong 12 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị lên lịch hẹn, hãy thông báo cho phòng khám của bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch cho khám phòng ngừa "Welcome to Medicare" (Chào mừng đến với Medicare) của quý vị.	$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).

	Những dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán	Những gì quý vị phải thanh toán
	Bảo hiểm khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu (Bổ sung) Là một phúc 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). Phúc lợi này chỉ giới hạn ở các dịch vụ được phân loại là chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp được cung cấp ở Hoa Kỳ. Bảo hiểm toàn cầu bao gồm chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết, 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 bao trả trong những tình huống mà việc đến phòng cấp cứu theo bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Khi những tình huống này xảy ra, chúng tôi yêu cầu quý vị hoặc người chăm sóc quý vị gọi cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc cho quý vị ngay khi tình trạng và hoàn cảnh y tế của quý vị cho phép. Không bao trả vận chuyển trở lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác. Không bao trả các thủ tục chăm sóc định kỳ và thủ thuật đã đặt lịch trước hoặc chọn lọc. Không bao trả thuế và phí nước ngoài (bao gồm nhưng không giới hạn ở phí chuyển đổi tiền tệ hoặc phí giao dịch). U.S. nghĩa là 50 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 bao trả 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 gửi yêu cầu bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp/cấp cứu được nhận bên ngoài Hoa Kỳ. Tối đa $10,000 từ chương trình mỗi năm theo lịch áp dụng cho phúc lợi này.

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

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

E1. Chuyển tiếp về Cộng đồng California (CCT)

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

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

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

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

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

Nhà cung cấp sẽ 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 phải chi trả cho các dịch vụ này.

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

Không có thay đổi nào về phúc lợi bảo hiểm thuốc

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

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

E2. Chương trình Nha khoa Medi-Cal

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

- Kiểm tra ban đầu, X quang, vệ sinh và điều trị bằng florua
- Phục hồi và mão răng
- Liệu pháp đặt ống chân răng
- Răng giả, chỉnh, sửa răng và nắn lại

Phúc lợi nha khoa được cung cấp trong Chương trình Nha khoa Medi-Cal dưới hình thức dịch vụ trả 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 8:00 giờ sáng đến 5:00 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.

Ngoài dịch vụ trả phí của Chương trình Nha khoa Medi-Cal, quý vị có thể nhận được phúc lợi nha khoa thông qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý được cung cấp tại Hạt Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa, cần trợ giúp xác định chương trình nha khoa của quý vị hoặc muốn thay đổi chương trình nha

khoa, vui lòng liên hệ Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (Người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí.

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

E3. Chăm sóc cuối đời

Quý vị có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của chương trình 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 sống được không quá 6 tháng. Quý vị có thể nhận được 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 quý vị có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

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

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

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

Đối với dịch vụ do Medicare Phần A hoặc B bao trả không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị (ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết):

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

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

- Dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ đồng thời bao trả 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 cần dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời, quý vị nên gọi cho Người quản lý hồ sơ hoặc 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 để sắp xếp dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị.

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

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

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

Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các phúc lợi y tế bị loại trừ trong phần này (hoặc bất cứ phần nào khác trong *Sổ tay thành viên* này) trừ trong những điều kiện cụ thể được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận được dịch vụ tại cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không thanh toán cho dịch vụ này. Nếu quý vị cho rằng chương trình chúng tôi phải thanh toán cho một dịch vụ không được bao trả, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Để biết thêm thông tin về cách điền đơn kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

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

- Các dịch vụ được xem là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal, trừ khi chúng tôi liệt kê những dịch vụ này như các dịch vụ được bao trả.
- Điều trị ngoại khoa và y khoa, vật phẩm và thuốc thử nghiệm, trừ khi được Medicare hay chương trình của chúng tôi bao trả, hoặc được bao trả theo một nghiên cứu lâm sàng mà Medicare phê duyệt. Tham khảo **Chương 3**, trang 48 trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng. Điều trị và các vật phẩm thử nghiệm thường không được cộng đồng y khoa chấp nhận.
- Điều trị ngoại khoa cho bệnh béo phì, trừ khi việc điều trị này cần thiết về y tế và Medicare đồng ý chi trả.
- Một phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Y tá phụ trách 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.
- Phí trả cho họ hàng ruột thịt hoặc thành viên gia đình quý vị.
- Các dịch vụ hoặc thủ thuật tăng cường tính tự nguyện hoặc tự chọn (bao gồm giảm cân, mọc tóc, hoạt động tình dục, hoạt động thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và hoạt động về tâm thần), trừ khi cần thiết về y tế.
- Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc các thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết vì chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện một bộ phận của cơ thể có hình dạng không phù hợp. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tái tạo một vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú và điều trị vú còn lại để cân đối với vú này.
- Các dịch vụ chăm sóc nắn xương khớp, ngoại trừ điều chỉnh cột sống theo cách thủ công, phù hợp với các hướng dẫn về phạm vi bao trả.
- Giày chỉnh hình, trừ khi giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp, hoặc giày dành cho người mắc bệnh về chân do bệnh tiểu đường.
- Các thiết bị hỗ trợ bàn chân, trừ giày chỉnh hình hoặc giày chữa bệnh dành cho người mắc bệnh về chân do bệnh tiểu đường.
- Phẫu thuật mở giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các hỗ trợ thị lực kém khác.
- Các thủ thuật khôi phục khả năng sinh sản và vật tư ngừa thai không theo toa.
- Dịch vụ liệu pháp thiên nhiên (sử dụng các liệu pháp điều trị liên quan đến thiên nhiên hoặc điều trị thay thế).

- Dịch vụ cung cấp cho các cựu chiến binh trong cơ sở Veterans Affairs (Bộ Cựu chiến binh - VA). Tuy nhiên, khi một cựu chiến binh nhận dịch vụ cấp cứu tại một bệnh viện VA và khoản chia sẻ chi phí VA lớn hơn khoản chia sẻ chi phí trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bồi hoàn chênh lệch cho cựu chiến binh. Quý vị vẫn sẽ chịu trách nhiệm đối với các khoản chia sẻ chi phí của mình.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa ngoại trú của quý vị

Giới thiệu

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

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

- **Thuốc được Medicare Phần A bao trả**. Những loại thuốc này thường bao gồm thuốc được cung cấp cho quý vị khi đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được Medicare Phần B bao trả**. Những thuốc này bao gồm một số thuốc hóa trị liệu, một vài loại thuốc tiêm cho quý vị khi đến khám tại phòng mạch bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác, và thuốc được cấp tại phòng khám lọc thận. Để tìm hiểu thêm về những thuốc được bao trả theo Medicare Phần B, tham khảo Bảng phúc lợi ở **Chương 4** trong Sổ tay thành viên của quý vị.

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

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

1. Quý vị phải yêu cầu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác viết đơn thuốc, phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị (PCP). Họ cũng có thể là nhà cung cấp khác trong mạng lưới nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính đã giới thiệu quý vị đến nhận dịch vụ chăm sóc
2. Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh sách loại trừ hoặc ngăn cấm của Medicare.
3. Quý vị thường phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của mình.
4. Thuốc theo toa của quý vị phải nằm trong *Danh sách thuốc được bao trả* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách thuốc”.
   - Nếu thuốc đó không nằm trong Danh sách thuốc, chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó bằng cách cung cấp cho quý vị trường hợp ngoại lệ.
   - Tham khảo Chương 9 để tìm hiểu về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
   - Ngoài ra, vui lòng lưu ý rằng yêu cầu bao trả thuốc theo toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal.
5. Thuốc của quý vị phải được dùng cho mục đích được chấp nhận về y tế. Điều này nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê chuẩn hoặc được một số tài liệu tham khảo nhất định về y tế hỗ trợ. Bác sĩ của quý vị có thể giúp xác định các tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc theo toa theo yêu cầu.

Mục lục

A. Mua thuốc theo toa 110
A1. Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới 110
A2. Sử dụng ID chương trình của quý vị khi mua thuốc theo toa 110
A3. Việc cần làm nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới 110
A4. Việc cần làm khi nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới 110
A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa 111
A6. Nhận thuốc bằng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện 111
A7. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn 112
A8. Sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi 112
A9. Hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc theo toa 113
B. Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi 113
B1. Thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi 113
B2. Cách tìm thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi 114
B3. Thuốc không thuộc Danh sách thuốc của chúng tôi 114
B4. Các bậc chia sẻ chi phí Danh sách thuốc 115
C. Giới hạn đối với một số loại thuốc 115
D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả 117
D1. Nhận nguồn tiếp liệu tạm thời 117
E. Thay đổi mức bảo hiểm đối với thuốc của quý vị 119
F. Bao trả cho thuốc trong trường hợp đặc biệt 120
F1. Đang nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà chương trình của chúng tôi bao trả 120
F2. Đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn 121
F3. Đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận 121
G. Chương trình về sử dụng thuốc an toàn và quản lý thuốc 121
G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn 121
G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình 122
G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn 122

A. Mua thuốc theo toa

A1. Mua thuốc theo toa tại 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 cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

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

A2. Sử dụng ID chương trình của quý vị khi mua thuốc theo toa

Để mua thuốc theo toa, **hãy xuất trình thẻ ID chương trình của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới tính hóa đơn cho chúng tôi thuốc theo toa được bao trả của quý vị.

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

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

Nếu nhà thuốc không thể nhận thông tin cần thiết, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí khi mua thuốc theo toa. Sau đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền. **Nếu quý vị không thể chi trả cho thuốc này, luật tiểu bang và liên bang cho phép nhà thuốc cấp lượng thuốc đủ dùng cần thiết cho ít nhất 72 giờ trong trường hợp cấp cứu. Liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên ngay lập tức.** Chúng tôi sẽ làm mọi việc có thể để giúp đỡ quý vị.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Nếu cần trợ giúp về việc mua thuốc theo toa, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của mình.

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

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

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

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

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

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

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa

Trong một số trường hợp, quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc chuyên biệt. Các nhà thuốc chuyên biệt bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như nhà điều dưỡng.
  - Thông thường các cơ sở chăm sóc dài hạn có nhà thuốc riêng của mình. 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 phúc lợi về thuốc ở cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên.
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch vụ sức khỏe người Da Đỏ/Chương trình sức khỏe người Da Đỏ tại bộ lạc/thành phố. Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, chỉ những Người Mỹ hoặc Người Alaska bản địa mới có thể sử dụng những nhà thuốc này.
- Nhà thuốc phát thuốc bị FDA cấm ở một số địa điểm nhất định hoặc cần phải có xử lý đặc biệt, phối hợp nhà cung cấp, hoặc giáo dục về cách sử dụng thuốc. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)

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

A6. Nhận thuốc bằng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Nói chung, quý vị có thể đặt hàng qua bưu điện những loại thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên cho các bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài. Những loại thuốc không được cung cấp qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình sẽ được đánh dấu **NM** trong Danh sách thuốc của chúng tôi.

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

Mua thuốc theo toa qua đường bưu điện

Để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về cách mua thuốc qua đường bưu điện, vui lòng gọi bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương hoặc quý vị có thể truy cập www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Thông thường, quý vị sẽ nhận được thuốc theo toa qua đường bưu điện trong vòng (14) ngày. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để được trợ giúp về việc nhận thuốc theo toa tạm thời theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương nếu đơn đặt hàng qua bưu điện bị chậm trễ.

Quy trình đặt hàng qua đường bưu điện

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

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

   Nhà thuốc sẽ tự động lấy và giao thuốc trong toa thuốc mới nhận từ quý vị.

2. **Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận từ văn phòng của 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 lập tức hay để sau.

   - Điều này sẽ giúp quý vị đảm bảo rằng nhà thuốc giao đúng thuốc (bao gồm hàm lượng, số lượng và dạng bào chế) và cho phép quý vị ngưng hoặc hoãn lại đơn hàng trước khi thuốc được giao nếu cần.
   - Quý vị phải phản hồi mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị để cho họ biết những việc cần làm với toa thuốc mới và để tránh chậm trễ trong việc giao thuốc.

3. **Mua thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện**

   Để mua thêm thuốc, vui lòng liên hệ với nhà thuốc trong (14) ngày trước khi thuốc theo toa hiện tại của quý vị hết thuốc để chắc chắn rằng đơn hàng tiếp theo của quý vị được gửi đến đúng lúc. Nếu quý vị gặp khó khăn và cần trợ giúp, vui lòng liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị theo số (855) 665-4627, TTY: 711.

Hãy cho nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên hệ với quý vị để họ có thể liên hệ xác nhận đơn hàng trước khi giao hàng. Các nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị qua điện thoại theo số mà quý vị đã cung cấp. Cần đảm bảo nhà thuốc của quý vị có thông tin liên hệ mới nhất.

A7. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận được lượng thuốc duy trì dài hạn trong Danh sách thuốc thuộc chương trình của chúng tôi. Thuốc duy trì là thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên cho các bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận lượng thuốc duy trì dài hạn. Lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày có cùng khoản đồng thanh toán như lượng thuốc đủ dùng trong một tháng. *Danh mục Nhà cung cấp vàNhà 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 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 các dịch vụ đặt hàng qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để nhận được lượng thuốc duy trì dài hạn. Tham khảo **Phần A6** để tìm hiểu về các 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 chỉ thanh toán cho các thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới ở ngoài

khu vực dịch vụ của chúng tôi nơi quý vị có thể mua các thuốc theo toa với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi.

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

- Nếu thuốc theo toa có liên quan đến dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết
- Nếu thuốc theo toa có liên quan đến chăm sóc cho trường hợp cấp cứu y tế
- Khoản bao trả sẽ được giới hạn ở lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày trừ khi toa thuốc kê cho thời gian ngắn hơn

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

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

Nếu cần phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải trả toàn bộ chi phí khi nhận thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.

Nếu quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa có thể được Medi-Cal Rx bao trả, quý vị có thể được bồi hoàn từ nhà thuốc sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho thuốc theo toa. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn tiền lại cho quý vị bằng cách gửi yêu cầu “Bồi hoàn chi phí tự trả Medi-Cal (Conlan)”. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang web Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

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

B. Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi

Chúng tôi có *Danh sách thuốc được bao trả.* Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách thuốc”.

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

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

B1. Thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi

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

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

Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm thuốc chính hiệu, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự.

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

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

Chương trình của chúng tôi cũng bao trả một số sản phẩm và thuốc OTC nhất định. Một số thuốc OTC có chi phí thấp hơn nhưng có công dụng giống với thuốc theo toa. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho Dịch vụ Thành viên.

B2. Cách tìm thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi

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 www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Danh sách thuốc trên trang web luôn là danh sách mới nhất.
- Hãy gọi cho Dịch vụ thành viên để tìm hiểu xem một loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu bản sao của danh sách này.
- Thuốc không được Phần D bao trả có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin.

B3. Thuốc không thuộc Danh sách thuốc của chúng tôi

Chúng tôi không bao trả tất cả các thuốc theo toa. Một số thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi bởi vì luật pháp không cho phép chúng tôi bao trả những thuốc đó. Trong những trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh sách thuốc của chúng tôi. Nếu một loại thuốc được kê toa không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi, thì nhu cầu về thuốc kê toa của quý vị sẽ luôn được đánh giá theo chính sách bảo hiểm của chương trình của chúng tôi, cũng như các quy tắc bảo hiểm Medicare.

Chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho các 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 cáo. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin về kháng cáo.

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

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm Phần D) không thể trả tiền cho một loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Phần B đã bao trả. Chương trình của chúng tôi bao trả các loại thuốc thuộc Medicare Phần A hoặc Phần B miễn phí, nhưng những loại thuốc này không được xem là một phần của các phúc lợi thuốc theo toa ngoại trú của quý vị.
2. Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho các loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

3. Việc sử dụng thuốc phải được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được một số tài liệu tham khảo nhất định về y tế chứng minh rằng đó là phương pháp điều trị cho bệnh trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể kê một thuốc nhất định để điều trị tình trạng của quý vị ngay cả khi thuốc đó không được phê chuẩn để điều trị bệnh trạng đó. Đây được gọi là "sử dụng ngoài hướng dẫn". Chương trình của chúng tôi thường không bao trả các loại thuốc được quy định để sử dụng ngoài hướng dẫn.

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

- Các thuốc được sử dụng để tăng khả năng sinh sản
- Các thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy mọc tóc
- Các thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc rối loạn cương dương, chẳng hạn Viagra®, Cialis®, Levitra® và Caverject®
- 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

B4. Các bậc chia sẻ chi phí Danh sách thuốc

Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong năm (5) bậc. Bậc là nhóm các thuốc thường cùng loại (ví dụ: thuốc chính hiệu, thuốc gốc hoặc thuốc không theo toa (OTC)). Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí quý vị phải trả cho thuốc càng cao.

- Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên (chia sẻ chi phí thấp nhất)
- Bậc 2 - Thuốc gốc
- Bậc 3 - Thuốc chính hiệu ưu tiên
- Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên
- Bậc 5 - Bậc chuyên biệt (chia sẻ chi phí cao nhất)

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 phải trả cho các thuốc ở mỗi bậc.

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số thuốc theo toa, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi bao trả cho các thuốc đó. Nhìn chung, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị nhận thuốc có tác dụng cho bệnh trạng của quý vị cũng như an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc an toàn, có chi phí thấp hơn cũng có tác dụng tương tự như một loại thuốc có chi phí cao hơn, chúng tôi muốn nhà cung cấp của quý vị kê toa loại thuốc có chi phí thấp hơn.

Nếu có quy tắc đặc biệt đối với thuốc của quý vị thì thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi có thể bao trả cho loại thuốc đó. Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể phải cung cấp cho chúng tôi thông tin chẩn đoán của quý vị hoặc 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 với trường hợp của quý vị, vui lòng yêu cầu chúng tôi thực hiện trường hợp ngoại

lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc 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 các trường hợp ngoại lệ, tham khảo Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Cho phép trước (PA) - phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định để thuốc được bao trả. Ví dụ như chẩn đoán, giá trị xét nghiệm hoặc các điều trị trước đã thử và thất bại.

Liệu pháp từng bước (ST) - Phải sử dụng một số thuốc tiết kiệm chi phí nhất định trước khi được bao trả thuốc đắt tiền hơn. Ví dụ như một số loại thuốc chính hiệu chỉ sẽ được bao trả nếu thuốc thay thế gốc đã được thử trước.

Giới hạn số lượng (QL) - Một số thuốc có giới hạn về số lượng tối đa được bao trả. Ví dụ như các loại thuốc nhất định được FDA chấp thuận sử dụng mỗi ngày một lần có thể có giới hạn số lượng là #30 cho 30 ngày.

B so với D - Một số thuốc có thể được bao trả theo Medicare Phần D hoặc B, tùy từng trường hợp.

1. **Hạn chế sử dụng thuốc chính hiệu khi có sẵn thuốc gốc**

   Thông thường, thuốc gốc có tác dụng như thuốc chính hiệu và thường có chi phí thấp hơn. Nếu có thuốc gốc của thuốc chính hiệu, nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thuốc gốc đó.

   - Chúng tôi thường sẽ không thanh toán cho thuốc chính hiệu khi có phiên bản thuốc gốc.
   - Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế rằng cả thuốc gốc và thuốc được bao trả khác điều trị cùng bệnh trạng sẽ không hiệu quả đối với quý vị, thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc chính hiệu.

2. **Xin phê duyệt chương trình trước**

   Đối với một số thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi mua thuốc theo toa. Nếu quý vị không được phê duyệt, chúng tôi có thể không bao trả thuốc.

3. **Thử một loại thuốc khác trước**

   Nhìn chung, chúng tôi muốn quý vị thử các loại thuốc có chi phí thấp hơn thường có hiệu quả tương tự trước khi bao trả các thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng và Thuốc A có chi phí ít hơn Thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử Thuốc A trước.

   Nếu thuốc A không phù hợp với quý vị thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc B. Điều này được gọi là liệu pháp từng bước.

4. **Giới hạn số lượng**

   Đối với một số thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể có. Điều này được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ như chúng tôi có thể giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần 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 xem Danh sách thuốc của chúng tôi. Để biết thông tin mới nhất, hãy gọi cho Dịch vụ Thành viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Duals. Nếu quý vị

không đồng ý với quyết định bao trả hoặc yêu cầu ngoại lệ của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Để biết thêm thông tin về kháng cáo, vui lòng tham khảo phần E trong Chương 9.

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

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

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

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

D1. Nhận nguồn tiếp liệu 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 trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về việc nhận một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc đó.

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

1. Loại thuốc quý vị đang dùng:
   - không còn trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, **hoặc**
   - chưa từng nằm trong Danh sách thuốc của chúng tôi, **hoặc**
   - hiện đang bị giới hạn theo cách nào đó.
2. Quý vị phải thuộc một trong những trường hợp sau:

- Quý vị đã tham gia chương trình năm ngoái.
  - Chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc tạm thời cho quý vị **trong 90 ngày đầu tiên của năm theo lịch**.
  - Lượng thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng cho tối đa 31 ngày.
  - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa (31) ngày. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.
- Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
  - Chúng tôi bao trả lượng thuốc tạm thời cho quý vị **trong (90) ngày đầu tiên quý vị tham gia chương trình**.
  - 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 nhà thuốc trong mạng lưới.
- Nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.

- Quý vị đã tham gia chương trình hơn 90 ngày, sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn và cần lượng thuốc ngay lập tức.
  - Chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc đủ dùng cho tối đa (31) ngày nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng thuốc tạm thời phía trên.
  - Xin lưu ý rằng chính sách chuyển tiếp của chúng tôi chỉ áp dụng cho các thuốc thuộc "Phần D" và được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị không thể sử dụng chính sách chuyển tiếp để mua thuốc không phải thuốc Phần D hoặc thuốc ngoài mạng lưới, trừ khi đủ điều kiện mua thuốc ngoài mạng lưới.
  - 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. Sau đây là những lựa chọn của quý vị:

- Đổi sang thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể bao gồm 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 bao trả 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 có tác dụng đối với quý vị.

  HOẶC

- Yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

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

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 trường hợp ngoại lệ trước năm tiếp theo.

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

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

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. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả hoặc yêu cầu ngoại lệ

của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo (Để biết thêm thông tin về kháng cáo, vui lòng tham khảo phần E trong Chương 9).

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 các quy tắc về thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hay không yêu cầu sự chấp thuận trước đối với một loại thuốc. (sự cho phép của Molina Medicare Complete Care Plus trước khi quý vị có thể nhận thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi hạn chế về trị liệu từng bước đối với một loại thuốc. (quý vị phải dùng thử một loại thuốc trước khi chúng tôi bao trả loại thuốc khác).

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

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

- trên thị trường xuất hiện loại thuốc mới rẻ hơn có hiệu quả tương tự như thuốc trong Danh sách Thuốc hiện tại, **hoặc**
- Chúng tôi biết rằng một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- Một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

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

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

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, trên thị trường sẽ có thuốc gốc mới rẻ hơn có hiệu quả tương tự như thuốc chính hiệu trong Danh sách thuốc hiện tại. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc chính hiệu và thêm thuốc gốc mới nhưng chi phí của quý vị đối với thuốc mới vẫn giữ nguyên. Khi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc chính hiệu trong danh sách nhưng thay đổi giới hạn hoặc quy tắc bao trả cho thuốc đó.
  - Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi này nhưng sẽ gửi cho quý vị thông tin về một thay đổi cụ thể mà chúng tôi thực hiện khi áp dụng thay đổi đó.
  - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu "trường hợp ngoại lệ" đối với các thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo kèm theo các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu ngoại lệ. Vui lòng tham khảo Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

- **Một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường**. Nếu Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) cho biết loại thuốc quý vị đang sử dụng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc này loại bỏ thuốc khỏi thị trường, chúng tôi sẽ loại bỏ thuốc này khỏi Danh sách thuốc. Nếu quý vị đang sử dụng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết. Hãy liên hệ với bác sĩ kê toa của quý vị nếu nhận được thông báo.

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

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

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi thêm một thuốc gốc mới xuất hiện trên thị trường **và**
  - Thay thế một thuốc chính hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
  - Thay đổi giới hạn hoặc quy tắc bao trả đối với thuốc chính hiệu.

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 người kê toa khác của quý vị. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

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

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

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ hoặc hạn chế sử dụng một loại thuốc quý vị đang dùng, thì sự thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

F. Bao trả cho 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 bao trả, chúng tôi thường bao trả cho chi phí thuốc theo toa của quý vị trong thời gian quý vị ở đó. Quý vị sẽ không trả khoản đồng thanh toán. Khi quý vị xuất viện hoặc rời cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi bao trả cho các thuốc của quý vị nếu các thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc bao trả của chúng tôi.

F2. Đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn

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

Hãy xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên lạc với Dịch vụ Thành viên.

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

Dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao giờ đồng thời bao trả các loại thuốc.

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

Nếu quý vị rời chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả toàn bộ thuốc của quý vị. Để không bị chậm trễ tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị chấm dứt, hãy đem theo hồ sơ đến nhà thuốc để xác minh việc đã rời khỏi bệnh viện chăm sóc cuối đời. Tham khảo các phần trước của chương này để biết về thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả. Xem Chương 4 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin về phúc lợi chăm sóc cuối đời.

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

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

Mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ tìm kiếm các vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như lỗi liên quan đến thuốc hoặc các thuốc mà:

- Có thể không cần thiết do quý vị sử dụng thuốc khác có công dụng tương tự
- Có thể không an toàn cho độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- Có thể gây hại nếu quý vị sử dụng các thuốc này cùng lúc
- Có thành phần gây dị ứng hoặc có thể gây dị ứng cho quý vị
- Có 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

Quý vị có thể sử dụng thuốc cho các tình trạng bệnh lý khác nhau và/hoặc nằm trong Chương trình quản lý thuốc để giúp quý vị sử dụng thuốc opioid một cách an toàn. 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 giúp quý vị và nhà cung cấp đảm bảo các thuốc đang dùng sẽ cải thiện sức khỏe của quý vị. Dược sĩ hoặc chuyên gia về sức khỏe khác sẽ đánh giá toàn diện mọi loại thuốc của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- Cách nhận được nhiều lợi ích nhất từ thuốc mà quý vị đang dùng
- 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 quý vị gặp phải về thuốc theo toa và việc dùng 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 nghị những việc quý vị có thể làm để sử dụng thuốc của mình hiệu quả nhất.
- Một danh sách thuốc cá nhân bao gồm mọi loại thuốc mà quý vị đang dùng và lý do quý vị dùng các thuốc đó.
- Thông tin về việc thải bỏ an toàn các loại thuốc theo toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên xếp lịch đánh giá thuốc của mình trước khi thăm khám sức khỏe hàng năm để có thể trao đổi với bác sĩ của mình về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị.

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

Các chương trình quản lý liệu pháp thuốc mang tính tự nguyện và miễn phí cho các thành viên đủ điều kiện. Nếu có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi đăng ký quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, vui lòng cho chúng tôi biết để loại quý vị khỏi chương trình.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về các chương trình này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên hoặc Người phụ trách Hồ sơ của quý vị.

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

Chương trình của chúng tôi có một chương trình có thể giúp các thành viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các thuốc khác thường bị lạm dụng. Chương trình này có tên là Chương trình Quản lý thuốc (Drug Management Program - DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc hay nếu quý vị đã dùng quá liều opioid gần đây, chúng tôi có thể trao đổi với bác sĩ của quý vị để đảm bảo việc quý vị sử dụng thuốc opioid là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi xác định rằng quý vị sử dụng thuốc theo toa opioid hoặc benzodiazepine không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị nhận các thuốc đó. Các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả đơn thuốc dành cho các thuốc đó **từ một nhà thuốc nhất định** và/hoặc **từ một bác sĩ nhất định**

- **Giới hạn số lượng** thuốc đó mà chúng tôi bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi cho rằng cần áp dụng một hoặc nhiều giới hạn cho quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư này giải thích các giới hạn chúng tôi cho rằng cần áp dụng.

Quý vị sẽ có cơ hội thông báo cho chúng tôi bác sĩ hoặc nhà thuốc mà quý vị muốn sử dụng và bất kỳ thông tin nào quý vị cho là quan trọng mà chúng tôi cần biết. Nếu chúng tôi quyết định giới hạn bao trả 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 kê toa hoặc không đồng ý với giới hạn, quý vị và bác sĩ kê toa có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị văn bản quyết định của chúng tôi. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong kháng cáo của quý vị liên quan đến giới hạn tiếp cận của quý vị với những thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập. Để biết thêm thông tin về kháng cáo và Tổ chức đánh giá độc lập, tham khảo Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

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

- Mắc các bệnh trạng nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu lưỡi liềm,
- Đang nhận dịch vụ chăm sóc cho người bệnh hấp hối, điều trị giảm đau, hoặc dịch vụ chăm sóc cuối đời, **hoặc**
- Sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Những khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa của Medicare và Medi-Cal

Giới thiệu

Chương này cho biết những khoản quý vị thanh toán cho các thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú. Chúng tôi định nghĩa "thuốc" là:

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

Vì đủ điều kiện nhận Medi-Cal nên quý vị cũng được nhận "Trợ giúp Bổ sung" từ Medicare giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D của quý vị.

> **Trợ giúp bổ sung** là chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm bớt chi phí thuốc kê toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Trợ giúp bổ sung còn được gọi là "Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp" hoặc "LIS".

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về thuốc theo toa tại các nguồn sau:

- *Danh sách thuốc được bao trả* của chúng tôi.
  - Chúng tôi gọi đây là "Danh sách thuốc". Danh sách này cho quý vị biết:
    - Chúng tôi sẽ trả cho những loại thuốc nào
    - Mỗi thuốc thuộc bậc nào trong năm (5) bậc
    - Có các giới hạn áp dụng cho các loại thuốc hay không
  - Nếu quý vị cần bản sao Danh sách thuốc của chúng tôi, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Quý vị cũng có thể tìm bản sao mới nhất của Danh sách thuốc của chúng tôi trên trang web tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
    - Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được Molina Medicare Complete Care Plus bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không theo toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ nhận dạng người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận toa thuốc qua Medi-Cal Rx.
- **Chương 5** của *Sổ tay thành viên* của quý vị**.**
  - Chương này hướng dẫn cách mua thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này bao gồm các quy tắc quý vị cần phải tuân theo. Đồng thời cũng cho biết loại thuốc theo toa mà chương trình của chúng tôi không bao trả.
- *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để nhận thuốc được bao trả. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý làm việc với chúng tôi.
- *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* có danh sách nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Xem **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin về nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục lục

A. *Giải thích về Phúc lợi* (EOB) 127
B. Cách theo dõi chi phí thuốc 127
C. Quý vị không phải thanh toán nếu được cấp thuốc dài hạn hoặc đủ dùng trong 1 tháng 128
C1. Các bậc chia sẻ chi phí của chúng tôi 129
C2. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị 129
C3. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài 130
C4. Những khoản quý vị thanh toán 130
D. Giai đoạn 1: Giai đoạn bảo hiểm ban đầu 134
D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị 134
D2. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài 134
D3. Những khoản quý vị thanh toán 135
D4. Kết thúc Giai đoạn bảo hiểm ban đầu 138
E. Giai đoạn 2: Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm 139
F. Giai đoạn 3: Giai đoạn bảo hiểm tai ương 139
G. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê đơn ít hơn lượng dùng cho một tháng 139
H. Trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho những người bị HIV/AIDS 140
H1. Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS 140
H2. Nếu quý vị chưa đăng ký ADAP 140
H3. Nếu quý vị đăng ký ADAP 140
I. Tiêm chủng 140
I1. Những điều quý vị cần biết trước khi đi tiêm chủng 141
I2. Số tiền quý vị phải trả để tiêm vắc-xin được Medicare Phần D bao trả 141

A. Giải thích về Phúc lợi (EOB)

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

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là khoản tiền mà quý vị, hoặc người khác thanh toán cho toa thuốc của quý vị thay mặt cho quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị.Đây là khoản tiền mà quý vị, hoặc người khác thanh toán cho toa thuốc của quý vị thay mặt cho quý vị, cộng với khoản tiền chúng tôi trả.

Khi quý vị nhận thuốc theo toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi gửi quý vị bản tóm tắt có tên gọi Bản giải thích về Phúc lợi Phần D. Chúng tôi gọi tắt bản này là EOB Phần D. EOB Phần D 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 Phần D bao gồm:

- **Thông tin cho tháng**. Bản tóm tắt cho biết các loại thuốc theo toa mà quý vị đã mua. Bản này ghi lại tổng chi phí tiền thuốc, phần chúng tôi đã thanh toán và phần quý vị hoặc người khác thanh toán thay cho quý vị.
- **Thông tin "từ đầu năm đến nay".** Đây là tổng chi phí thuốc của quý vị và tổng các khoản thanh toán đã trả kể từ ngày 1 tháng 1.
- **Thông tin về giá thuốc.** Đây là tổng giá của thuốc và phần trăm thay đổi của giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên.
- **Các lựa chọn thay thế có chi phí thấp hơn.** Nếu có, các lựa chọn này sẽ xuất hiện trong bản tóm tắt ngay dưới các thuốc hiện tại của quý vị. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ kê toa để tìm hiểu thêm.

Chúng tôi bao trả cho các thuốc không được bao trả theo Medicare.

- Các chi phí trả cho các loại thuốc này không được tính vào tổng các chi phí tự trả của quý vị.
- Chúng tôi cũng chi trả cho một số loại thuốc không theo toa. Quý vị không cần trả tiền cho những loại thuốc này.
- Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ một nhà thuốc đều được chương trình bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không theo toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết 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 mua thuốc theo toa qua Medi-Cal Rx.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc

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

1. **Sử dụng thẻ ID chương trình của quý vị.**

   Xuất trình thẻ ID Molina Medicare Complete Care Plus của quý vị 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.

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

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

Đây là những trường hợp mà quý vị cần phải gửi cho chúng tôi bản sao các phiếu thu:

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

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

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

Các chi phí do một số người và tổ chức khác thanh toán cũng được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán do chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, Dịch vụ sức khỏe người Da Đỏ và hầu hết các tổ chức từ thiện chi trả được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai đoạn bảo hiểm tai ương, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán tất cả chi phí thuốc Phần D cho thời gian còn lại của năm.

4. Xem EOB chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được EOB Phần D qua thư, hãy đảm bảo rằng nội dung này đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng EOB có gì đó sai hoặc thiếu, hoặc nếu có bất kỳ thắc mắc nào, gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Hãy giữ EOB Phần D. EOB là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

C. Quý vị không phải thanh toán nếu được cấp thuốc dài hạn hoặc đủ dùng trong 1 tháng

Với chương trình của chúng tôi, quý vị không phải thanh toán cho các thuốc được bao trả, miễn là tuân thủ quy tắc của chương trình chúng tôi.

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: Giai đoạn bảo hiểm ban đầu	Giai đoạn 2: Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm	Giai đoạn 3: Giai đoạn bảo hiểm tai ương
Trong giai đoạn này, 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	Trong giai đoạn này, quý vị phải trả chi phí thuốc của mình. Quý vị bắt đầu giai đoạn này sau khi quý vị thanh toán một khoản chi phí tự trả.	Trong giai đoạn này, chúng tôi trả toàn bộ chi phí thuốc của quý vị đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

Giai đoạn 1: Giai đoạn bảo hiểm ban đầu	Giai đoạn 2: Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm	Giai đoạn 3: Giai đoạn bảo hiểm tai ương
quý vị được gọi là đồng thanh toán. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên của mình trong năm.		Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đã thanh toán một khoản chi phí tự trả.

C1. Các bậc chia sẻ chi phí của chúng tôi

Các bậc chia sẻ chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mọi loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong năm (5) bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc càng cao thì khoản đồng thanh toán càng cao. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị, hãy tham khảo Danh sách thuốc của chúng tôi.

- Thuốc bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên) có khoản đồng thanh toán thấp nhất. Khoản đồng thanh toán từ $0.
- Bậc 2 (Thuốc gốc) Khoản đồng thanh toán là $0, $1.45 hoặc $4.15 cho thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) đến $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác theo toa, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị.
- Bậc 3 (Thuốc chính hiệu ưu tiên) Khoản đồng thanh toán là $0, $1.45 hoặc $4.15 cho thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) đến $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác theo toa.
- Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên) Khoản đồng thanh toán là $0, $1.45 hoặc $4.15 cho thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) đến $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác theo toa.
- Thuốc bậc 5 (Bậc chuyên biệt) có khoản đồng thanh toán cao nhất. Khoản đồng thanh toán là $0, $1.45 hoặc $4.15 cho thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) đến $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác theo toa.

Các bậc là các nhóm thuốc trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi. Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong năm (5) bậc. Quý vị không phải trả khoản đồng thanh toán cho thuốc theo toa và thuốc OTC trong Danh sách thuốc của chúng tôi. Để tìm bậc thuốc của quý vị, hãy tham khảo Danh sách thuốc của chúng tôi.

C2. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị có mua thuốc từ:

- một nhà thuốc trong mạng lưới, **hoặc**
- một nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Trong một số rất ít trường hợp, chúng tôi bao trả thuốc theo toa mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu xem chúng tôi làm điều đó trong trường hợp nào. Tham khảo Chương 9 để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng cáo nếu quý vị được thông báo là thuốc sẽ không được bao trả.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc nói trên, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị và *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

C3. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài

Đối với một số thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc dùng lâu dài (còn gọi là "lượng thuốc kéo dài") khi mua thuốc theo toa. Lượng thuốc dùng lâu dài là lượng thuốc cho tối đa 90 ngày. Chi phí cho lượng thuốc này bằng với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc dùng lâu dài, tham khảo **Chương 5** trong Sổ tay thành viên của quý vị hoặc Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi.

C4. Những khoản quý vị thanh toán

Quý vị có thể trả khoản đồng thanh toán khi quý vị mua thuốc. Nếu thuốc được bao trả của quý vị ít hơn mức đồng thanh toán, quý vị phải trả mức giá thấp hơn.
Hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu mức đồng thanh toán của quý vị đối với bất kỳ loại thuốc được bao trả nào.

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

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị được cung cấp lượng thuốc theo toa dùng trong một tháng được bao trả từ:

Bậc	**Nhà thuốc trong mạng lưới** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày. Bao trả được giới hạn trong một số trường hợp. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên)	$0	$0	$0	$0

Bậc	**Nhà thuốc trong mạng lưới** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày. Bao trả được giới hạn trong một số trường hợp. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45, $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $ 0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc chính hiệu ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.

Bậc	**Nhà thuốc trong mạng lưới** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày. Bao trả được giới hạn trong một số trường hợp. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Bậc chuyên biệt)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị được cung cấp lượng thuốc theo toa dài hạn được bao trả từ:

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (Lượng thuốc cho 90 ngày)	Chia sẻ chi phí qua đường bưu điện (Lượng thuốc cho 90 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên)	$0	$0
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc chính hiệu ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Bậc chuyên biệt)	Lượng thuốc dài hạn không có cho thuốc bậc năm (5).	Đặt hàng qua đường bưu điện không dành cho lượng thuốc dài hạn bậc năm (5).

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc dùng, hãy xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chương trình.

D. Giai đoạn 1: Giai đoạn bảo hiểm ban đầu

Hầu hết thành viên của chúng tôi nhận được "Trợ giúp bổ sung" cho chi phí thuốc theo toa của mình. Quý vị sẽ không phải chi trả khoản khấu trừ thuốc riêng biệt vì khoản "Trợ giúp bổ sung" này chi trả cho hầu hết chi phí thuốc. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải chi trả khoản đồng thanh toán phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp (LIS) trước khi đến Giai đoạn bảo hiểm ban đầu.

Trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu, 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.

Các bậc chia sẻ chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc của chương trình đều thuộc một trong năm (5) bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc càng cao thì khoản đồng thanh toán càng cao. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị, hãy tham khảo Danh sách thuốc của chúng tôi.

Các bậc là các nhóm thuốc trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi. Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong năm (5) bậc. Quý vị không có khoản đồng thanh toán cho thuốc theo toa và thuốc OTC trong Danh sách thuốc của chúng tôi. Để tìm bậc thuốc của quý vị, hãy tham khảo Danh sách thuốc của chúng tôi.

- Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên (chia sẻ chi phí thấp nhất)
- Bậc 2 - Thuốc gốc
- Bậc 3 - Thuốc chính hiệu ưu tiên
- Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên
- Bậc 5 - Bậc chuyên biệt (chia sẻ chi phí cao nhất)

D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị có mua thuốc từ:

- Nhà thuốc trong mạng lưới **hoặc**
- Nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Trong một số rất ít trường hợp, chúng tôi bao trả thuốc theo toa mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu từng trường hợp.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nói trên, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* này và *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

D2. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài

Đối với một số thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc dùng lâu dài (còn gọi là "lượng thuốc kéo dài") khi mua thuốc theo toa.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc dùng lâu dài, tham khảo Chương 5 hoặc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*.

D3. Những khoản quý vị thanh toán

Trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu, quý vị sẽ chi trả khoản đồng thanh toán mỗi lần 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.

Quý vị có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên để tìm hiểu về khoản đồng thanh toán mà quý vị cần phải chi trả cho bất kỳ loại thuốc được bao trả nào.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị được cung cấp lượng thuốc theo toa dùng trong một tháng được bao trả từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày. Bao trả được giới hạn trong một số trường hợp. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên)	$0	$0	$0	$0
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45, $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $ 0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày. Bao trả được giới hạn trong một số trường hợp. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc chính hiệu ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc cho một tháng hoặc tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng thuốc cho tối đa 31 ngày. Bao trả được giới hạn trong một số trường hợp. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Bậc chuyên biệt)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị được cung cấp lượng thuốc theo toa dài hạn được bao trả từ:

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (Lượng thuốc cho 90 ngày)	Chia sẻ chi phí qua đường bưu điện (Lượng thuốc cho 90 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên)	$0	$0

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (Lượng thuốc cho 90 ngày)	Chia sẻ chi phí qua đường bưu điện (Lượng thuốc cho 90 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc chính hiệu ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên)	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.	$0, $1.45 hoặc $4.15, đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) $0, $4.30 hoặc $10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi thuốc theo toa.
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Bậc chuyên biệt)	Lượng thuốc dài hạn không có cho thuốc bậc năm (5).	Đặt hàng qua đường bưu điện không dành cho lượng thuốc dài hạn bậc năm (5).

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc dùng, hãy xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chương trình.

D4. Kết thúc Giai đoạn bảo hiểm ban đầu

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt **$4,660.00**. Vào thời điểm đó, Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm bắt đầu.

EOB sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền thuốc mà quý vị đã trả trong suốt cả năm. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đạt giới hạn **$4,660.00**. Nhiều người không đạt giới hạn này trong một năm. Vào đầu mỗi năm mới, số tiền quý vị đã thanh toán trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu sẽ được đặt lại về 0.

E. Giai đoạn 2: Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm

Khi quý vị đang ở trong Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm, Chương trình giảm giá Khoảng trống bảo hiểm của Medicare sẽ đưa ra các giảm giá của nhà sản xuất đối với các loại thuốc chính hiệu. Quý vị chi trả 25% giá thương lượng và một phần phí cấp phát thuốc chính hiệu. Cả số tiền quý vị chi trả và số tiền giảm giá của nhà sản xuất đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị như thể quý vị đã thanh toán và chuyển quý vị qua khỏi khoảng trống bảo hiểm.

Quý vị tiếp tục thanh toán các chi phí này cho đến khi số tiền tự trả hàng năm của quý vị đạt đến số tiền tối đa mà Medicare đã đặt ra. Khi quý vị đạt đến số tiền này ($7,400.00), quý vị sẽ rời Giai đoạn khoảng trống bảo hiểm và chuyển sang Giai đoạn bảo hiểm tai ương.

Một số thông tin trong *Sổ tay thành viên* về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị vì quý vị đủ điều kiện nhận Medi-Cal (Medicaid) và đang nhận "Trợ giúp bổ sung" từ Medicare để chi trả chi phí chương trình thuốc theo toa. Chi phí thuốc của quý vị trong giai đoạn Khoảng trống bảo hiểm phụ thuộc vào cấp độ "Trợ giúp bổ sung" mà quý vị nhận được. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một trang phụ riêng, gọi là "Điều khoản bổ sung về Chứng thực bảo hiểm dành cho những người được nhận Trợ giúp bổ sung để thanh toán thuốc theo toa" (còn được gọi là "Điều khoản bổ sung về Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp" hoặc "Điều khoản bổ sung LIS"), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không nhận được trang phụ này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên và yêu cầu "Điều khoản bổ sung LIS".

F. Giai đoạn 3: Giai đoạn bảo hiểm tai ương

Khi quý vị đạt đến giới hạn chi phí tự trả **$7,400.00** cho thuốc theo toa của mình, Giai đoạn bảo hiểm tai ương bắt đầu. Quý vị sẽ thuộc Giai đoạn bảo hiểm tai ương cho đến cuối năm theo lịch. Trong giai đoạn này, chương trình chi trả hầu hết chi phí cho thuốc thuộc Medicare của quý vị.

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

Trong một số trường hợp, quý vị chi trả khoản đồng thanh toán để bao gồm lượng thuốc được bao trả dùng trong cả tháng. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê lượng thuốc sử dụng dưới một tháng.

- Sẽ có trường hợp quý vị đề nghị bác sĩ kê đơn thuốc lượng dùng dưới một tháng (ví dụ như lần đầu tiên quý vị dùng thử thuốc và không biết có tác dụng phụ nghiêm trọng hay không).
- Nếu bác sĩ đồng ý, quý vị sẽ không phải thanh toán toàn bộ lượng thuốc dùng trong một tháng cho một số loại thuốc nhất định.

Khi quý vị nhận được lượng thuốc dùng ít hơn một tháng, số tiền quý vị trả sẽ dựa trên số ngày thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi sẽ tính số tiền quý vị cần thanh toán mỗi ngày cho thuốc của quý vị ("tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày") và nhân với số ngày thuốc mà quý vị nhận được.

- Đây là ví dụ: Giả sử như khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng (lượng thuốc cho 30 ngày) là $1.35. Điều này có nghĩa là số tiền thuốc quý vị phải trả chỉ dưới $0.05 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong 7 ngày, khoản thanh toán của quý vị sẽ là $0.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày tương đương với tổng số tiền thanh toán dưới $0.35.
- Chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo rằng một số loại thuốc nhất định phù hợp với quý vị trước khi phải thanh toán cho toàn bộ lượng thuốc dùng trong một tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp kê đơn thuốc lượng dùng dưới một tháng, nếu điều này giúp quý vị:
  - lên kế hoạch tốt hơn khi mua thêm thuốc,
  - phối hợp mua thêm các loại thuốc khác quý vị sử dụng **và**
  - ít phải đi đến nhà thuốc hơn.

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

H1. Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS

Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP) giúp những bệnh nhân HIV/AIDS đủ điều kiện sử dụng thuốc HIV. Thuốc theo toa Medicare Phần D cho bệnh nhân ngoại trú được ADAP bao trả đủ điều kiện để nhận hỗ trợ kê đơn chia sẻ chi phí thông qua Cơ quan Sức khỏe cộng đồng tiểu bang California, Văn phòng AIDS cho các cá nhân đăng ký ADAP.

H2. Nếu quý vị chưa đăng ký ADAP

Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bao trả hoặc cách đăng ký chương trình, vui lòng gọi 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web ADAP tại www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

H3. Nếu quý vị đăng ký ADAP

ADAP có thể tiếp tục cung cấp cho khách hàng ADAP hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa Phần D của Medicare cho các loại thuốc thuộc danh mục thuốc của ADAP. Nhằm đảm bảo quý vị tiếp tục nhận được hỗ trợ này, vui lòng thông báo cho nhân viên đăng ký ADAP tại địa phương của quý vị về bất kỳ thay đổi nào đối với tên chương trình hoặc mã số hợp đồng Medicare Phần D của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp tìm vị trí đăng ký ADAP gần nhất và/hoặc nhân viên đăng ký, hãy gọi số 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web nêu trên.

I. Tiêm chủng

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 Medicare Phần D miễn phí cho quý vị. Bao trả tiêm chủng thuộc Medicare Phần D của chúng tôi có hai phần:

1. Phần bao trả thứ nhất là chi phí mua **vắc-xin**. Vắc-xin là một loại thuốc theo toa.
2. Phần bao trả thứ hai là chi phí **cấp vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị có thể được tiêm vắc-xin giống như liều vắc-xin mà bác sĩ của quý vị đã tiêm cho quý vị.

I1. Những điều quý vị cần biết trước khi đi tiêm chủng

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi bộ phận Dịch vụ thành viên nếu quý vị có kế hoạch tiêm vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình của chúng tôi bao trả việc tiêm chủng vắc-xin của quý vị như thế nào và giải thích phần chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể hướng dẫn quý vị tiết kiệm chi phí bằng cách sử dụng các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý phối hợp với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới phối hợp với chúng tôi để đảm bảo quý vị không phải trả trước bất kỳ chi phí nào cho vắc-xin Phần D.

I2. Số tiền quý vị phải trả để tiêm vắc-xin được Medicare Phần D bao trả

Được bao trả bởi Medicare Phần D

Số tiền quý vị thanh toán cho vắc-xin tùy thuộc vào loại vắc-xin (loại vắc-xin quý vị tiêm).

- Một số loại vắc-xin được xem là phúc lợi sức khỏe thay vì thuốc. Các vắc-xin này đều được bao trả miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu thêm về các loại vắc-xin được bao trả này, vui lòng tham khảo Bảng phúc lợi ở **Chương 4**.
- Các loại vắc-xin khác được xem là thuốc thuộc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm các loại vắc-xin này trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi. Quý vị có thể phải trả một khoản đồng thanh toán cho vắc-xin Medicare Phần D.

Dưới đây là ba cách phổ biến mà quý vị có thể nhận vắc-xin Medicare Phần D.

1. Quý vị được nhận vắc-xin Medicare Phần D và được tiêm tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
   - Quý vị không cần thanh toán cho vắc-xin này.
2. Quý vị nên nhận vắc-xin Medicare Phần D tại phòng khám của bác sĩ và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
   - Quý vị không cần thanh toán cho bác sĩ để tiêm vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí này cho quý vị.
   - Trong trường hợp này, phòng khám của bác sĩ sẽ gọi cho chương trình của chúng tôi để đảm bảo rằng họ biết quý vị không cần thanh toán cho vắc-xin.
3. Quý vị nhận vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc và mang đến văn phòng của bác sĩ để được tiêm.
   - Quý vị không cần thanh toán cho vắc-xin này.
   - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí này cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

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 cáo 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 dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 143
B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi 145
C. Quyết định bao trả 145
D. Kháng cáo 146

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn tính phí dịch vụ và thuốc được bao trả sau khi quý vị đã nhận với chương trình chăm sóc sức khỏe. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình chăm sóc sức khỏe.

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, tham khảo **Phần B**.

- 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 chúng tôi không bao trả các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người phụ trách hồ sơ nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. 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 điện nếu muốn thông báo cho chúng tôi biết về yêu cầu thanh toán quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Đây là các ví dụ về thời điểm quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được:

1. **Khi quý vị được cấp cứu khẩn cấp hoặc cần được chăm sóc sức khỏe cấp thiết từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới**, hãy tham khảo Chương 3, Phần D4.

   Yêu cầu nhà cung cấp tính hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy đề nghị 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 nhà cung cấp phải được thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
     - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị.
   - Tham khảo **Chương 5** trong Sổ tay thành viên để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

2. **Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn tính phí cho quý vị**

   Nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải gửi hóa đơn tính phí cho chúng tôi. Quý vị phải trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Việc tính hóa đơn không đúng cách hoặc không phù hợp 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 chương trình cho dịch vụ. **Gọi cho Dịch vụ Thành viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào. Không thanh toán hóa đơn.**

   - 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. Nhà cung cấp không được tính hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.

- Bất cứ khi nào nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ trực tiếp liên hệ với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi 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 bao trả.

3. **Khi quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua thuốc theo toa**

   Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa.

   - Chỉ trong một số ít trường hợp, chúng tôi bao trả chi phí mua thuốc theo toa ở nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.
   - Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. **Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa vì quý vị không mang theo Thẻ Định danh 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 đăng ký tham gia 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 đầy đủ chi phí thuốc theo toa hoặc trả lại nhà thuốc bằng thẻ ID của chương trình.
   - Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.

5. **Khi quý vị trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa không được bao trả**

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

   - Thuốc có thể không nằm trong *Danh sách Thuốc được Bao trả* (Danh sách Thuốc) của chúng tôi trên trang web hoặc thuốc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc cho rằng không áp dụng với mình. Nếu quyết định 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 bao trả, quý vị có thể yêu cầu quyết định bao trả (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, quý vị có thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị).
   - Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận khi quý vị yêu cầu chúng tôi 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.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu đó và quyết định dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Điều này được gọi là đưa ra "quyết định bao trả". Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc thuốc được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán chi phí đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Để biết cách nộp kháng cáo, 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. Chứng từ thanh toán có thể là bản sao séc quý vị viết hoặc phiếu thu từ nhà cung cấp. **Quý vị nên giữ bản sao hóa đơn và biên lai của mình.** Quý vị có thể yêu cầu Người quản lý hồ sơ của mình trợ giúp.

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: Molina Medicare 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 200
Midvale, UT 84047

Quý vị phải gửi yêu cầu bảo hiểm cho chúng tôi trong vòng 365 ngày kể từ ngày nhận dịch vụ và/hoặc vật dụng, **hoặc trong vòng 36 ngày** kể từ ngày nhận thuốc.

C. Quyết định bao trả

Khi nhận được yêu cầu thanh toán từ quý vị, chúng tôi đưa ra quyết định bao trả. Điều này có nghĩa là chúng tôi quyết định liệu chương trình của chúng tôi có bao trả cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc của quý vị không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền, nếu có, quý vị phải thanh toán.

- Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ, vật tư 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 séc cho quý vị qua đường bưu điện để thanh toán số tiền quý vị đã trả. Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích các quy tắc về việc nhận các dịch vụ được bao trả của quý vị. **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích các quy tắc về việc nhận thuốc theo toa được bao trả thuộc Medicare Phần D của quý vị.

- Nếu quyết định không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi gửi cho quý vị một bức thư đi kèm lý do. Thư này cũng giải thích quyền nộp đơn kháng cáo của quý vị.
- Để biết thêm thông tin về quyết định bao trả, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

D. Kháng cáo

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

- Quy trình kháng cáo chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để biết thêm thông tin về kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- Nếu quý vị muốn kháng cáo về việc nhận tiền hoàn lại cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Phần F**.
- Nếu quý vị muốn kháng cáo về việc nhận tiền hoàn lại 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. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình 148
B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả 156
C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị 157
C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị 157
C2. Quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị 157
D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị 164
E. Nhà cung cấp mạng lưới không được tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị 165
F. Quý vị có quyền rời chương trình của chúng tôi 165
G. Quý vị có quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình 165
G1. Quyền được biết lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị 165
G2. Quyền lên tiếng về những gì quý vị muốn diễn ra 166
G3. Việc cần làm nếu chỉ dẫn của quý vị không được tuân thủ 167
H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi 167
H1. Những việc cần làm khi bị đối xử không công bằng hoặc để có thêm thông tin về quyền của quý vị 168
I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên chương trình 168

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 rằng **tất cả** dịch vụ được cung cấp cho quý vị đều dễ tiếp cận và đáp ứng nhu cầu về văn hóa. Chúng tôi 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 Dịch vụ Thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp tài liệu cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để yêu cầu thường xuyên nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc theo định dạng thay thế hiện tại và trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.
- 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, thứ Hai - thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, 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.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền, Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-800-537-7697.
- Văn phòng Dân quyền của Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi đến số 711.

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

Debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.

- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita, árabe y en formatos como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5,00 p. m., hora local) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8.00 a. m. a 8,00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

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 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. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A. May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming ipaalam sa inyo ang mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang inyong mauunawaan. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay miyembro ng aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makasasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makakapagbigay rin sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang Espanyol, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, Arabe at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Upang gumawa ng pangmatagalang kahilingang makuha ang mga materyales sa isang wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras .

- Maaari ninyong hilingin na ipadala namin palagi sa inyo ang impormasyon sa wika o format na gusto ninyo. Tinatawag itong palagiang kahilingan. Susubaybayan namin ang inyong palagiang kahilingan para hindi na ninyo kailanganing gumawa ng mga hiwalay na kahilingan sa bawat pagkakataong may ipapadala kaming impormasyon sa inyo. Upang makakuha ng dokumentong ito sa ibang wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang ma-update ang inyong rekord sa gustong wika. Upang makakuha ng dokumentong ito sa alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Matutulungan kayo ng isang kinatawang gawin o baguhin ang palagiang kahilingan. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso para sa tulong sa mga palagiang kahilingan.

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). Matatawagan ninyo ito 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari din kayong maghain ng reklamo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa Cal MediConnect Ombudsman sa 1-855-501-3077. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

A. Quý vị có quyền nhận thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi 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 Dịch vụ Thành viên. Nhân viên trong chương trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương .
- 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 cụ thể. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể 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 ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 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 cụ thể. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người phụ rrách Hồ sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị

cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 1-855-501-3077. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

A.본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오. 본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다.
- 본 플랜에서는 또한 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공해 드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627, TTY: 711, 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시에 . 회원 서비스로 연락하십시오.
- 항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. 당사는 정보를 전송할 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 귀하의 상시 요청을 계속 추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)로 연락해서 최신 의약품 목록을 확인합니다. 담당자가 귀하의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Вы имеете право получать информацию любым удобным вам способом

Мы должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах понятным для вас способом. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните в отдел обслуживания участников. В рамках нашего плана работают специалисты, которые могут предоставить информацию на различных языках.
- Материалы по нашему плану также доступны на испанском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, тагальском, вьетнамском, арабском языках и в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы подать запрос о предоставлении вам материалов на языке, отличном от английского, или в другом формате (в данный момент или в будущем), свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону (855) 665-4627, номер TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени .

- Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Мы внесем такой постоянный запрос в систему, и вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы будем направлять вам информацию. Чтобы получить данный документ на языке, отличном от английского, позвоните по тел. (800) 541-5555, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 17:00 по местному времени, и попросите внести в свою карту предпочитаемый язык. Чтобы получить данный документ в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников по тел. (855) 665-4627, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени. Представитель компании поможет создать или изменить постоянный запрос. Также за помощью в работе с постоянными запросами вы можете обращаться к координатору медицинских услуг.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языковых проблем или нарушения здоровья и вы захотите подать жалобу, позвоните в Medicare по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048. Подать жалобу на Medi-Cal можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер TTY для лиц с нарушениями слуха: 711.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得資訊

我們必須以您可以理解的方式，告知您有關計劃福利和您的權利的資訊。我們必須每年告知您，關於您在我們的計劃中擁有的權利。

- 如果您想以自己能夠理解的方式獲得資訊，請致電會員服務部。我們計劃內的人員可以用不同語言回答您的問題。
- 我們的計劃也可以爲您提供西班牙文、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯文、韓文、俄文、塔加洛語、越南文和阿拉伯文版本的資料，以及大字體、點字或音訊格式。如果要求現在和以後接收非英文版本或其他格式的資料，請致電會員服務部 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間爲：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）.
- 我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此爲長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在寄送資訊時另外提出要求。如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話： (800) 541-5555，TTY：711，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間），以更新您偏好語言的記錄。如需此文件的其他版本，請致電聯絡會員服務部，電話： (855) 665-4627，TTY：711，服務時間爲：週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡案例經理，取得長期要求的相關協助。

如果您由於語言問題或殘障而無法獲得我們計劃的相關資訊，並且您想要提出上訴，請致電 Medicare，電話號碼爲 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。我們 24 小時全天候接聽您的電話。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您還可以透過以下方式向 Medi-Cal 提出投訴：致電 Cal MediConnect Ombudsman，電話號碼爲 1-855-501-3077。 TTY 使用者請撥 711.

أ- حقك في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. لتقديم طلب دائم للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم ☐☐ 665-4627 (855) ، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلبًا مستمرًا. وسوف نتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم (800) 541-5555، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711☐، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8☐ صباحًا حتى 5☐ مساءً حسب التوقيت المحلي) لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-633-4227. 1-800-MEDICARE يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم ☐ 1-877-486-2048. كما يمكنك التقدم بشكواك إلى برنامج Medi-Cal عن طريق الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombudsman على الرقم 1-855-501-3077. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលហានព័ត៌មានតាមរបៀបដលៃបំពញេតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតប្រែរាប់លាកអ្នកអំពីអត្ថបុរយោជន៍នគៃម្រាង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដលៃអ្នកអាចយល់ហាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតៃ ប្រាប់លាកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លាកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំៗ ដាយសារលាកអ្នកនៅក្នុងគម្រាងយើងខ្ញុំ ។

- ដើម្បីទទួលហានព័ត៌មានតាមវិធីដលៃជ្រើឲ្យលាកអ្នកអាចយល់ហាន សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់សវោកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រាងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដលៃអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សងៗហាន។
- គម្រាងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអេស្ប៉ាញ អាមនើ ខ្មរែ ចិន ហ្វាសី ក៉ូរ៉ រុស្សី តាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហើយមានទ្រង់ទ្រាយជាការហៃពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែកនៃ ឬសម្លងេ។ ដើម្បីសុនីសុំដើម្បីទទួលហានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លសេឬទម្រង់ផ្សងេទៀតនៅពលេនៃះ និងពលេអនាគត សូមទាក់ទងទៅសវោកម្មសមាជិក (855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីច្រងចៃន្ទទ - ច្រងសៃុក្រពីម៉ាង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ាង 8 យប់ ម៉ាងក្នុងសុរុក។.
- ដើម្បីដាក់សំណើរដើម្បីទទួលហានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លសេ ឬទម្រង់ផ្សងេទៀតនៅ ពលេបច្ចុប្បន្ន និងពលេអនាគត សូមទាក់ទងទៅសវោកម្មសមាជិក (855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីច្រងចៃន្ទទ - ច្រងសៃុក្រពីម៉ាង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ាង 8 យប់ម៉ាងក្នុងសុរុក។.

- អ្នកអាចសុំនីសុំអាយពួកយើងផ្ញើអាយអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដលែអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំហាច់បង្កើតសំណើជាច់ដាយឡែកវាល់ពេលដលែយើងផ្ញើពត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដីម្បីទទួលហាងកសារនេះជាភាសាដលែមិនមនែជាភាសាអង់គ្លសេនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋបាលខេ(800) 541-5555, TTY៖ 711 ច្រងចៃ្នទ ដល់ច្រងសៃ្ករ ម៉ាង8 ព្រឹក ដល់ 5 លុងាច ម៉ាងក្នុងសុរុក) ដីម្បីជ្រើបច្ចុប្បបន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដលែចង់ហាន។ ដីម្បីទទួលហាងកសារនេះជាទម្រុងផ្សងេនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សវោសមាជិកតាមលខេ(855) 665-4627, TTY៖ 711 ច្រងចៃ្នទដល់ ច្រងសៃ្ករ ម៉ាង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ាងក្នុងសុរុក។ អ្នកតំណាងមុនាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើដលែមានជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរឿងរបស់អ្នកដីម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើរ។

បុរសិនបីអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលហានព័ត៌មានពីគម្រាងរបស់យើងដាយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលខេ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ាងក្នុងមួយច្រងៃ 7 ច្រងក្នែុងមួយសបុតាហ៍។ អ្នកប្រីប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលខេ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal ហានផងដរែ ដាយទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលខេ1-855-501-3077 ។ អ្នកប្រីប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលខេ 711។

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

باید مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که بتوانید آنها را درک کنید. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما خاطرنشان کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که بتوانید آن را درک کنید، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای درخواست جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره711 :TTY، 665-4627 (855)، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.
- می توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می شود. ما حساب درخواست دائمی شما را نگه می داریم تا لازم نباشد که هر بار که برایتان اطلاعات ارسال می کنیم به طور جداگانه درخواست کنید. برای دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 711 :TTY، 541-5555 (800)، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. برای دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 711 :TTY، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می توانید با مدیر پرونده برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsmanبه شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ պլանի ծառայությունների և ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր պլանում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար, զանգահարեք Անդամակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:

- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր իսպաներեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ առնիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Անդամակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

- Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Անդամակիցների սպասարկման բաժին՝ ‹include-if()(855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

- Կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մշտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մշտական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով)՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Անդամակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, Երկուշաբթիից-ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ վոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մշտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ զանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy gọi bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương.

Quý vị có các quyền với tư cách là thành viên 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 vai trò là PCP và cách chọn một PCP trong **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
  - Gọi cho 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.
- Thành viên nữ có quyền đến khám bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần xin giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu nghĩa là PCP của quý vị chấp thuận cho quý vị thăm khám với một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
  - Điều này bao gồm cả quyền nhận dịch vụ từ các bác sĩ chuyên khoa một cách kịp thời.
  - Nếu quý vị không thể nhận dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc sức khỏe khẩn cấp cần thiết mà không cần sự chấp thuận trước.
- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị chậm trễ.
- Quý vị có quyền biết khi nào mình có thể đến khám tại 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 tham gia chương trình lần đầu tiên, quý vị có quyền giữ các nhà cung cấp hiện tại của mình và cho phép dịch vụ trong tối đa 12 tháng nếu một số điều kiện được đáp ứng. 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 với sự trợ giúp của nhóm chăm sóc và Người quản lý hồ sơ.

Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị cho quý vị biết những việc có thể làm nếu cho rằng mình không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng cho biết việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi từ chối bao trả các dịch vụ hoặc thuốc cho quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị bao gồm những thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi khi đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. Thông tin này cũng bao gồm hồ sơ y tế cũng như thông tin y tế và chăm sóc sức khỏe khác.

Quý vị có quyền xem thông tin của mình và kiểm soát cách chúng tôi sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư cho PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là "Thông báo về Phương thức bảo vệ quyền riêng tư".

Thành viên có thể đồng ý nhận dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải có sự cho phép nhận dịch vụ nhạy cảm của bất kỳ thành viên nào khác hoặc gửi yêu cầu nhận dịch vụ nhạy cảm. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ gửi thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm trực tiếp đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại hoặc trong trường hợp không có chỉ định, sẽ được gửi dưới tên của thành viên theo địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ thành viên nào khác mà không có sự cho phép bằng văn bản của thành viên nhận dịch vụ chăm sóc. Molina Medicare Complete Care Plus sẽ đáp ứng các yêu cầu liên lạc bí mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu thông tin có thể sản xuất dễ dàng ở hình thức và định dạng được yêu cầu, hoặc đến các địa điểm thay thế. Yêu cầu liên lạc bí mật của một thành viên liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi thành viên thu hồi yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới để liên lạc bí mật.

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không thể xem hay thay đổi hồ sơ của quý vị.

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. Đây là những trường hợp ngoại lệ 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 phải tiết lộ PHI theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị để phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc các mục đích sử dụng khác, họ phải thực hiện theo luật pháp liên bang.

C2. Quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế và nhận bản sao hồ sơ của mình.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên thay đổi hay không.
- Quý vị có quyền được biết PHI của mình có được chia sẻ với người khác hay không và cách thức chia sẻ.

Nếu quý vị có thắc mắc hay quan ngại về quyền riêng tư của PHI, 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 để cung cấp các phúc lợi sức khỏe cho quý vị. Molina muốn quý vị biết cách chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị.

PHI nghĩa là thông tin y tế được bảo vệ. PHI bao gồm họ tên, mã số thành viên, chủng tộc, dân tộc, nhu cầu về ngôn ngữ và các thông tin khác định danh 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 cho quá trình điều trị của quý vị
- Để thanh toán cho việc 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 chăm sóc sức khỏe của chúng tôi
- Sử dụng hoặc chia sẻ PHI cho những mục đích khác mà pháp luật yêu cầu hoặc cho phép.

Khi nào Molina cần sự cho phép bằng văn bản (chấp thuận) để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị? Molina cần phải có sự chấp thuận bằng văn bản của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho những mục đích không được trình bày ở trên.

Quyền riêng tư của quý vị là gì?

- Xem xét PHI của quý vị
- Nhận một bản sao PHI của quý vị
- Chỉnh sửa PHI của quý vị
- Đề nghị chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị theo những cách thức nhất định
- Để nhận danh sách những người hoặc địa điểm nhất định mà chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị

Molina bảo vệ PHI của quý vị bằng cách nào?

Molina sử dụng nhiều cách để bảo vệ PHI trong suốt chương trình chăm sóc sức khoẻ của chúng tôi. Bao gồm PHI bằng văn bản, lời nói hoặc trong máy tính. Dưới đây là một vài cách mà Molina bảo vệ PHI:

- Molina có các chính sách và quy tắc bảo vệ PHI.
- Molina giới hạn đối tượng có thể xem PHI. Chỉ những nhân viên của Molina cần biết PHI mới có thể sử dụng.
- Nhân viên Molina được đào tạo về cách thức bảo vệ và bảo mật PHI.

- Nhân viên Molina phải đồng ý bằng văn bản tuân theo các quy tắc cũng như chính sách bảo vệ và bảo mật PHI
- Molina bảo vệ PHI trong các máy tính của chúng tôi. PHI trong các máy tính của chúng tôi được bảo mật bằng tường lửa và mật khẩu.

Molina có nghĩa vụ làm gì theo luật pháp?

- Bảo mật PHI của quý vị.
- Cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản như những thông tin trong phạm vi nhiệm vụ và phương pháp bảo mật của chúng tôi cho PHI của quý vị.
- Tuân theo các điều khoản trong Thông báo về Phương thức bảo vệ Quyền riêng tư.

Quý vị có thể làm gì nếu cho rằng quyền riêng tư của mình không được bảo vệ?

- Gọi điện hoặc viết đơn khiếu nại gửi đến Molina.
- Khiếu nại lên Department of Health and Human Services.

Chúng tôi sẽ không làm bất kỳ điều gì chống lại quý vị. Hành động của quý vị sẽ không thay đổi dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được về bất cứ phương diện nào.

Nội dung phía trên chỉ là tóm tắt. Thông báo về Phương thức bảo vệ Quyền riêng tư của chúng tôi chứa nhiều thông tin hơn về cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ PHI của Thành viên. Thông báo về Phương thức bảo vệ Quyền riêng tư của chúng tôi nằm trong phần sau đây của Sổ tay Thành viên này. Thông báo này có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.molinahealthcare.com. Quý vị cũng có thể nhận bản sao Thông báo về Phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665 7 4627, 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 PHƯƠNG THỨC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ CỦA QUÝ VỊ CŨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN VỚI THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT KỸ THÔNG BÁO.

Molina Healthcare of California (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**chúng tôi**” hoặc “**của chúng tôi**”) sử dụng và chia sẻ thông tin y tế được bảo vệ của quý vị để cung cấp phúc lợi sức khỏe cho quý vị với tư cách là thành viên Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để tiến hành điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cũng sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị vì những lý do khác nhau mà pháp luật cho phép và yêu cầu. Chúng tôi có nhiệm vụ bảo mật thông tin y tế của quý vị và tuân theo các điều khoản trong Thông báo này. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 23 tháng 9 năm 2013.

PHI nghĩa là thông tin y tế được bảo vệ. PHI là thông tin y tế bao gồm họ tên, mã số Thành viên hoặc thông tin định danh khác của quý vị 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 những phúc lợi chăm sóc sức khỏe. PHI của quý vị được sử dụng hoặc chia sẻ để điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Để Điều trị

Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để cung cấp, hoặc thu xếp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị. Việc điều trị này cũng bao gồm sự giới thiệu giữa các bác sĩ của quý vị hoặc những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ví dụ như chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về tình trạng bệnh lý của quý vị với một bác sĩ chuyên khoa. Điều này sẽ giúp bác sĩ chuyên khoa 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 có quyết định về khoản thanh toán. Điều này có thể bao gồm những yêu cầu bảo hiểm, chấp thuận điều trị và quyết định về nhu cầu y tế. Tên, bệnh trạng, liệu pháp điều trị và các vật tư của quý vị có thể được trình bày trong hóa đơn. Ví dụ như chúng tôi có thể thông báo cho bác sĩ biết rằng quý vị có các phúc lợi của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ thông báo cho bác sĩ biết về 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 của quý vị để thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Ví dụ như chúng tôi có thể sử dụng thông tin từ yêu cầu của quý vị để thông báo cho quý vị biết về một chương trình chăm sóc sức khỏe có thể giúp ích cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để giải quyết các quan ngại của Thành viên. Ngoài ra, PHI của quý vị có thể được dùng để tìm hiểu xem các yêu cầu bảo hiểm có được thanh toán đúng cách không.

Các hoạt động chăm sóc sức khỏe bao gồm nhiều nhu cầu hàng ngày của doanh nghiệp. Bao gồm nhưng không giới hạn ở các mục sau:

- Cải thiện chất lượng;
- Những hoạt động trong các chương trình chăm sóc sức khỏe để giúp các Thành viên mắc một số bệnh trạng nhất định (như bệnh suyễn);
- Thực hiện hoặc thu xếp đánh giá y tế;
- Các dịch vụ pháp lý, bao gồm các chương trình phát hiện và truy tố gian lận và lạm dụng;
- Những hoạt động giúp chúng tôi tuân thủ pháp luật;
- Giải quyết nhu cầu của Thành viên, bao gồm việc giải quyết các phàn nàn và khiếu nại.

Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị với những công ty khác (“**cộng sự kinh doanh**”) thực hiện các loại hình hoạt động khác nhau cho chương trình sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI của quý vị để nhắc nhở quý vị về các buổi hẹn. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị những thông tin về liệu pháp điều trị khác hoặc các phúc lợi và dịch vụ khác có liên quan đến sức khỏe.

Khi nào Molina có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị mà không cần 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 cho một số mục đích khác, trong đó có những mục đích sau:

Theo yêu cầu của luật pháp

Chúng tôi sẽ sử dụng hoặc chia sẻ thông tin về quý vị theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị khi có yêu cầu từ Bộ trưởng của Department of Health and Human Services (HHS). Phục vụ cho một án lệ tòa án, xem xét pháp lý khác hoặc theo yêu cầu vì mục đích thực thi pháp luật.

Sức khỏe cộng đồng

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ cho các hoạt động sức khỏe cộng đồng. Điều này có thể bao gồm việc giúp các cơ quan y tế cộng đồng ngăn chặn hoặc kiểm soát bệnh tật.

Giám sát chăm sóc sức khỏe

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với các cơ quan chính phủ. Các cơ quan này có thể cần PHI của quý vị cho các hoạt động kiểm toán.

Nghiên cứu

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ cho mục đích nghiên cứu trong một số trường hợp nhất định, chẳng hạn như khi nhận được chấp thuận từ một ban đánh giá của cơ quan hoặc về quyền riêng tư.

Tố tụng Pháp lý hoặc Hành chính

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ cho hoạt động tố tụng pháp lý, chẳng hạn như theo 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 cho các mục đích thực thi pháp luật, chẳng hạn như hỗ trợ tìm kẻ tình nghi, nhân chứng hoặc người mất tích.

Sức khỏe và An toàn

PHI của quý vị có thể được chia sẻ để ngăn chặn mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc an toàn của 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 lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình

PHI của quý vị có thể được chia sẻ với cơ quan pháp lý nếu chúng tôi cho rằng một người là nạn nhân của tình trạng bạo lực hoặc bỏ bê.

Bồi thường cho Người lao động

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để tuân thủ luật Bồi thường cho người lao động.

Tiết lộ khác

PHI của quý vị có thể được chia sẻ với giám đốc tang lễ hoặc điều tra viên để giúp họ hoàn thành công việc của họ.

Khi nào Molina cần sự cho phép bằng văn bản (chấp thuận) để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?

Molina cần văn bản chấp thuận của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị nhằm mục đích khác ngoài những mục đích được nêu trong Thông báo này. Molina cần sự cho phép của quý vị trước khi chúng tôi tiết lộ PHI của quý vị cho những trường hợp sau đây: (1) hầu hết các trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ ghi chú về liệu pháp tâm lý; (2) sử dụng và tiết lộ nhằm mục đích tiếp thị; và (3) sử dụng và tiết lộ liên quan đến việc bán PHI. Quý vị có thể hủy bỏ văn bản cho phép mà quý vị đã cung cấp cho

chúng tôi. Việc hủy bỏ của quý vị sẽ không áp dụng đối với những gì mà chúng tôi đã thực hiện vì quý vị đã cho phép 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 thực hiện điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có thể đề nghị chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị với gia đình, bạn bè hoặc những người khác mà quý vị nêu tên tham gia vào 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 Thông báo PHI Bí mật**

Quý vị có thể yêu cầu Molina cung cấp PHI của quý vị cho quý vị theo một cách nào đó hoặc ở một nơi nào đó giúp bảo mật PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ tuân thủ các yêu cầu trao đổi bí mật hợp lý để cung cấp PHI theo hình thức hoặc định dạng cụ thể, nếu thông tin có thể sản xuất dễ dàng ở hình thức và định dạng được yêu cầu, hoặc đến các địa điểm thay thế. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản hoặc bằng cách truyền qua phương thức điện tử.

Xem xét và Sao chép PHI của quý vị

Quý vị có quyền xem xét và nhận một bản sao PHI của quý vị do chúng tôi lưu giữ. Bản sao này có thể bao gồm các hồ sơ ghi chép được sử dụng để thực hiện bao trả, yêu cầu bảo hiểm và các quyết định khác với tư cách là một Thành viên Molina. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thanh toán một khoản phí hợp lý cho việc sao chép và gửi hồ sơ qua đường bưu điện. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu. Lưu ý quan trọng: Chúng tôi không có các bản sao hoàn chỉnh hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem, nhận một bản sao hoặc thay đổi hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ bác sĩ của quý vị hoặc phòng khám.

Sửa đổi PHI của quý vị

Quý vị có thể đề nghị chúng tôi sửa đổi (thay đổi) PHI của quý vị. Chúng tôi chỉ có thể sửa đổi những hồ sơ mà chúng tôi lưu giữ về quý vị với tư cách là một Thành viên. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu của Molina để đưa ra yêu cầu. Quý vị có thể gửi thư không đồng ý với chúng tôi nếu chúng tôi từ chối yêu cầu.

Nhận Bản giải trình về việc Tiết lộ PHI (Chia sẻ PHI của quý vị)

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp danh sách một số bên nhất định mà chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị trong khoảng thời gian 6 năm trước ngày quý vị yêu cầu. Danh sách này sẽ không bao gồm PHI được chia sẻ như sau:

- để điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe;
- cho những người về PHI của chính họ;
- chia sẻ với sự cho phép của quý vị;
- liên quan đến việc sử dụng hoặc tiết lộ được pháp luật 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 tính một khoản phí hợp lý cho mỗi danh sách nếu quý vị yêu cầu danh sách này nhiều hơn một lần trong khoảng thời gian 12 tháng. 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 đưa ra bất kỳ yêu cầu nào nêu trên, hoặc có thể nhận bản sao giấy của Thông báo này. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên 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 Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh nếu tin rằng quyền riêng tư của mình bị xâm phạm. Chúng tôi sẽ không làm bất kỳ điều gì chống lại quý vị do nộp đơn khiếu nại. Việc chăm sóc và phúc lợi của quý vị sẽ không thay đổi về bất cứ phương diện nào.

Quý vị có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi theo địa chỉ:
Molina Healthcare of California
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Số điện thoại: (855) 665-4627, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Người dùng TTY gọi 711.

Quý vị có thể nộp khiếu nại cho Bộ trưởng của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ tại:

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 (TTY);

(202) 619-3818 (FAX)

Nhiệm vụ của Molina là gì?

Molina phải:

- Bảo mật PHI của quý vị;
- Cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản như những thông tin trong phạm vi nhiệm vụ và nguyên tắc bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi về PHI của quý vị;
- Gửi thông báo đến quý vị trong trường hợp có bất kỳ vi phạm nào đối với PHI không được bảo mật của quý vị;
- Không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về di truyền của quý vị nhằm mục đích bảo hiểm;
- Thực hiện theo các điều khoản trong Thông báo này.

Thông báo này có thể thay đổi

Molina có quyền thay đổi mọi điều khoản và phương thức thông tin của Thông báo này vào bất kỳ lúc nào. Nếu chúng tôi thay đổi, các điều khoản và phương thức mới sẽ áp dụng cho mọi PHI mà chúng tôi lưu giữ. Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi quan trọng nào, Molina sẽ đăng tải Thông báo được chỉnh sửa trên trang web của chúng tôi và gửi một bản Thông báo chỉnh

sửa, hoặc thông tin về sự thay đổi quan trọng và cách nhận Thông báo được chỉnh sửa, trong thư báo hàng năm tiếp theo của chúng tôi gửi đến các thành viên được Molina bao trả.

Thông tin liên hệ

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ văn phòng sau đây:
Qua điện thoại:
Bộ phận Dịch vụ thành viên
(855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.
Viết thư:
Molina Healthcare of California
Attention:
Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Thông tin này có sẵn miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng gọi số của 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. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi và các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Nếu quý vị không nói tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch giúp trả lời mọi thắc mắc của quý vị liên quan đến chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Để được hỗ trợ thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Đây là dịch vụ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp tài liệu bằng văn bản và/hoặc thông tin cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Ả Rập, tiếng Việt, tiếng Khmer, tiếng Trung Quốc, tiếng Nga, tiếng Farsi, tiếng Tagalog, tiếng Hàn. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để yêu cầu thường xuyên nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc theo định dạng thay thế hiện tại và trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ nội dung nào sau đây, hãy gọi cho Dịch vụ Thành viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - thông tin tài chính
  - thành viên chương trình đánh giá gì về chúng tôi
  - số lượng đơn kháng cáo do thành viên gửi
  - cách rời chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, 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

- Dịch vụ và thuốc được bao trả, các quy tắc quý vị phải tuân thủ, bao gồm:
  - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị) được chương trình của chúng tôi bao trả
  - giới hạn đối với bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - các quy tắc quý vị phải tuân thủ để được nhận các dịch vụ và thuốc được bao trả
- Vì sao một dịch vụ không được bao trả và những việc quý vị có thể làm (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị), trong đó có việc yêu cầu chúng tôi:
  - giải thích bằng văn bản về lý do không bao trả một dịch vụ
  - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
  - thanh toán cho hóa đơn quý vị đã nhận

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

Bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể yêu cầu quý vị thanh toán cho dịch vụ được bao trả. Họ không thể gửi hóa hơn hoặc tính phí cho quý vị nếu chúng tôi thanh toán ít hơn mức phí nhà cung cấp đã tính. Để biết việc cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố tình tính phí quý vị cho các dịch vụ được bao trả, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

F. Quý vị có quyền rời chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi nếu 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 khác.
- Quý vị có thể nhận được các phúc lợi thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D từ một chương trình thuốc theo toa hoặc từ một chương trình Medicare Advantage 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 Medicare Advantage mới hoặc chương trình phúc lợi thuốc theo toa.
  - Để biết thông tin về cách quý vị nhận phúc lợi của Medi-Cal nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi.

G. Quý vị có quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị có quyền cung cấp đầy đủ thông tin từ các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quyền được biết lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định của quý vị

Nhà cung cấp phải giải thích tình trạng và các lựa chọn điều trị của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Biết các lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được thông báo về các phương án điều trị khác nhau.
- **Biết các rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về mọi rủi ro liên quan. Chúng tôi phải cho quý vị biết trước nếu bất kỳ dịch vụ hoặc điều trị nào thuộc về một nghiên cứu thử nghiệm. Quý vị có quyền từ chối các điều trị mang tính thử nghiệm.
- **Lấy ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền sử dụng một bác sĩ khác trước khi quyết định về việc điều trị.
- **Không đồng ý.** Quý vị có quyền từ chối mọi điều trị. Trong đó, quý vị có quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên làm vậy. Quý vị có quyền ngừng dùng thuốc theo toa. Nếu 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 từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc theo toa, quý vị chịu hoàn toàn trách nhiệm về hậu quả xảy ra với mình.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do nhà cung cấp từ chối dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền nhận giải thích từ chúng tôi nếu một nhà cung cấp từ chối dịch vụ chăm sóc mà quý vị nghĩ rằng quý vị cần được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một dịch vụ hoặc thuốc chúng tôi từ chối hoặc thường không bao trả.** Điều này được gọi là quyết định bao trả. Chương 9 trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả.

G2. Quyền lên tiếng về những gì quý vị muốn diễn ra

Để biết thêm thông tin, hãy gọi bộ phận Dịch vụ thành viên Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số điện thoại miễn phí (855) 665-4627, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Nếu quý vị bị khiếm thính hoặc lãng tai, hãy gọi TTY: 711 Dịch vụ chuyển tiếp California

Đôi khi, mọi người không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Trước khi việc này xảy ra với mình, quý vị có thể:

- Điền mẫu văn bản để **cấp quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị cho một người khác**.
- **Đưa cho các bác sĩ của quý vị những hướng dẫn bằng văn bản** về cách xử lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định, bao gồm cách chăm sóc mà quý vị không muốn.

Tài liệu pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra chỉ thị được gọi là “chỉ thị trước”. Có các loại chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau dành cho chúng. Ví dụ: di chúc sống 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 mẫu.** Quý vị có thể lấy 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 mẫu này. Quý vị có thể tìm thấy biểu mẫu miễn phí trực tuyến và tải xuống.
- **Điền mẫu và ký tên**. Mẫu đơn 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 mẫu đơn này.

- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết.** Quý vị nên cung cấp cho bác sĩ một bản sao của mẫu này. 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 hoặc đã ký mẫu chỉ thị trước, **hãy mang một bản sao của mẫu đó tới bệnh viện**.
  - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị đã ký mẫu chỉ thị trước chưa và quý vị có mang mẫu chỉ thị trước theo không.
  - Nếu quý vị không có chỉ thị trước đã có chữ ký, bệnh viện có sẵn mẫu và sẽ hỏi quý vị có muốn ký mẫu không.

Quý vị có quyền:

- Yêu cầu chỉ thị trước được lưu trong hồ sơ y tế của quý vị.
- Quý vị có thể thay đổi hoặc hủy chỉ thị trước bất kỳ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi về quy định 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.

Thực hiện chỉ thị trước là lựa chọn của quý vị. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.

G3. Việc cần làm nếu chỉ dẫn của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị đã ký mẫu chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân thủ chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp khiếu nại cho Chương trình Thanh tra.

Chương trình Thanh tra 1-855-501-3077. Cuộc gọi này miễn phí.

TTY: 1-855-847-7914. Số này dành cho những người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.

Viết thư gửi đến: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Trang web: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

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 bao trả, kháng cáo để thay đổi quyết định bao trả, hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền có được thông tin về kháng cáo và khiếu nại chúng tôi mà các thành viên chương trình khác đã nộp. Hãy gọi cho Dịch vụ thành viên để biết thông tin này.

H1. Những việc cần làm khi bị đối xử không công bằng hoặc để có thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đối xử không công bằng với quý vị và đó **không** liên quan đến vấn đề kỳ thị 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:

- 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.
- Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222. Để biết thêm chi tiết về HICAP, tham khảo **Chương 2**.
  - Hạt Los Angeles: (213) 383-4519
  - Hạt San Diego: (858) 565-8772
  - Hạt Imperial: (760) 353- 0223
  - Hạt Riverside và San Bernardino: (909) 256-8369
- Chương trình thanh tra theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm chi tiết về chương trình này và cách liên hệ, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.
- 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. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống "Quyền & Phương pháp bảo vệ Medicare", được đăng tải trên trang web 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 của chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những việc được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì, hãy gọi bộ phận Dịch vụ thành viên.

- **Đọc *Sổ tay thành viên*** để tìm hiểu những dịch vụ, thuốc được bao trả và các quy tắc cần tuân thủ để nhận dịch vụ, thuốc được bao trả. Để biết chi tiết về:
  - Dịch vụ được bao trả, tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay thành viên*. Những chương này cho quý vị biết những mục được bao trả, những mục không được bao trả, những quy định quý vị cần tuân thủ và khoản tiền quý vị phải trả.
  - Tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ tay thành viên* cho thuốc được bao trả.
- **Cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa nào** 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 khoẻ. 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.
- **Trợ 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 càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Thực hiện theo các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị đã đồng ý.
  - Đảm bảo rằng bác sĩ và nhà cung cấp khác biết về tất cả các thuốc quý vị sử dụng. Các loại thuốc bao gồm thuốc theo toa, thuốc không theo toa, vitamin và thực phẩm chức năng.

- Đặt câu hỏi mà quý vị thắc mắc. Bác sĩ và các nhà cung cấp khác phải giải thích theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt một câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.

- **Làm việc với Người quản lý hồ sơ** bao gồm hoàn thành đánh giá rủi ro sức khỏe hàng năm.
- **Hãy chu đáo.** Chúng tôi kỳ vọng tất cả thành viên của chương trình sẽ tôn trọng quyền của các cá nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị cư xử một cách tôn trọng trong phòng khám của bác sĩ, bệnh viện và văn phòng của các nhà cung cấp khác.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được ngoài chương trình của chúng tôi.**
- **Thanh toán những gì quý vị có trách nhiệm phải trả.** Với tư cách là một thành viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm thanh toán các khoản tiền sau:
  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các thành viên trong chương trình, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Phần A và Phần B của quý vị.
  - **Nếu nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào mà chương trình chúng tôi không bao trả, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.**
- **Báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển nhà.** Nếu quý vị định chuyển nhà, hãy cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên.
  - **Nếu chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng mới có thể là thành viên của chương trình này. **Chương 1** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ cho quý vị biết về khu vực dịch vụ của chúng tôi.
  - Chúng tôi có thể giúp quý vị ngay cả khi quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi. Trong thời gian đăng ký đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc đăng ký vào một chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa của Medicare tại khu vực mới của mình. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu 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 di chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
  - **Nếu quý vị chuyển đến và sinh sống trong địa điểm 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.
- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc cách tốt hơn để liên hệ với quý vị.
- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.

Chương 9: Việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)

Giới thiệu

Chương này có thông tin về quyền của quý vị. Đọc chương này để biết phải làm gì nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về chương trình của mình.
- Quý vị cần dịch vụ, sản 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 nghĩ dịch vụ được bao trả của mình kết thúc quá sớm.
- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại với các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị, bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn dựa vào cộng đồng (CBAS) và các dịch vụ của Cơ sở điều dưỡng (NF).

Chương này được chia thành các phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy những mục quý vị đang tìm kiếm. **Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại, chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của mình.**

Quý vị nên nhận dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, thuốc cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp của quý vị xác định là cần thiết cho việc chăm sóc của quý vị như là một phần trong chương trình chăm sóc của quý vị. **Nếu có vấn đề về dịch vụ chăm sóc, quý vị có thể gọi Chương trình Thanh tra theo số 1-888-452-8609 để được trợ giúp.** Chương này giải thích các lựa chọn các 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 xem các tài nguyên bổ sung nhằm giải đáp cho mối lo ngại của quý vị cũng như những cách để liên hệ với chúng tôi, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Mục lục

A. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại 173
A1. Thông tin về các thuật ngữ pháp lý 173
B. Nơi nhận trợ giúp 173
B1. Để biết thêm thông tin và được trợ giúp 173
C. Hiểu rõ các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 174
D. Các vấn đề về phúc lợi của quý vị 175
E. Quyết định bao trả và kháng cáo 175
E1. Quyết định bao trả 175
E2. Kháng cáo 176
E3. Trợ giúp về quyết định bao trả và kháng cáo 176
E4. Phần nào của chương này sẽ giúp quý vị 177
F. Chăm sóc y tế 177
F1. Sử dụng phần này 178
F2. Yêu cầu quyết định bao trả 178
F3. Thực hiện kháng cáo cấp 1 180
F4. Thực hiện kháng cáo cấp 2 183
F5. Các vấn đề về thanh toán 188
G. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D 189
G1. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Phần D 190
G2. Trường hợp ngoại lệ Phần D 191
G3. Những điều quan trọng cần biết khi yêu cầu trường hợp ngoại lệ 192
G4. Yêu cầu đưa ra quyết định về bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ 193
G5. Thực hiện kháng cáo cấp 1 195
G6. Thực hiện kháng cáo cấp 2 196
H. Yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện dài hơn 198
H1. Tìm hiểu về các quyền trong Medicare của quý vị 198
H2. Thực hiện kháng cáo cấp 1 199
H3. Thực hiện kháng cáo cấp 2 201
H4. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 1 202
H5. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 2 202
I. Đề nghị chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định 203
I1. Thông báo trước khi kết thúc bảo hiểm của quý vị 203
I2. Thực hiện kháng cáo cấp 1 203
I3. Thực hiện kháng cáo cấp 2 205
I4. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 1 206
I5. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 2 207

J. Chuyển kháng cáo của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2 208
J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare 208
J2. Kháng cáo Medi-Cal bổ sung 209
J3. Các cấp kháng cáo 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Phần D 209
K. Cách khiếu nại 210
K1. Nên khiếu nại về những loại vấn đề nào 210
K2. Khiếu nại nội bộ 212
K3. Khiếu nại bên ngoài 213

A. Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và mối quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình để **đưa ra quyết định về mức bảo hiểm và kháng cáo** và quy trình khác để **khiếu nại;** còn được gọi là than phiền. Để đảm bảo tính kịp thời và công bằng, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

A1. Thông tin về các thuật ngữ pháp lý

Có thuật ngữ pháp lý trong chương này đối với một số quy tắc và thời hạn. Nhiều thuật ngữ có thể khó hiểu, vì vậy chúng tôi đã sử dụng những từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định khi có thể. Chúng tôi sử dụng ít từ viết tắt nhất có thể.

Ví dụ, chúng tôi nói:

- “Nộp đơn khiếu nại” thay vì “nộp đơn than phiền”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “quyết định phúc lợi”, “quyết định trước tình huống rủi ro” hoặc “xác định mức bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “quyết định khẩn”
- “Tổ chức đánh giá độc lập” thay vì “Thực thể đánh giá độc lập”

Biết các thuật ngữ pháp lý chính xác có thể giúp quý vị giao tiếp rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng cung cấp những thuật ngữ pháp lý 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 khoẻ hoặc cảm thấy yếu. Trong các trường hợp khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ Chương trình tư vấn và hỗ trợ bảo hiểm y tế

Quý vị có thể gọi cho Chương trình tư vấn và hỗ trợ bảo hiểm y tế (HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu điều cần làm về vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình 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 HICAP là 1-800-434-0222.

Trợ giúp từ Liên minh người tiêu dùng y tế

Quý vị có thể gọi cho Liên minh người tiêu dùng y tế và trao đổi với người ủng hộ các câu hỏi về bảo hiểm y tế của quý vị. Họ sẽ cung cấp trợ giúp pháp lý miễn phí. Liên minh người tiêu dùng y tế không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-888-804-3536 và website của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

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

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.
  TTY: Người dùng gọi tới số 1-877-486-2048.
- 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, 8:00 giờ sáng - 5:00 giờ chiều, giờ địa phương.

TTY: 711

Trợ giúp từ Cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiểu bang California

Phòng thanh tra của Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal thuộc Cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiểu bang California (DHCS) cũng có thể trợ giúp quý vị. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi chương trình chăm sóc sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển đi và gặp khó khăn khi chuyển Medi-Cal sang hạt mới của quý vị. Quý vị có thể gọi cho Phòng thanh tra từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, trong khoảng thời gian từ 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Bộ chăm sóc sức khoẻ có quản lý California

Liên hệ với cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý tiểu bang California để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm điều phối các chương trình chăm sóc sức khỏe. DMHC giúp những người kháng cáo đối với dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề về thanh toán. 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**.

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. 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 chăm sóc sức khỏe 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 sở 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-HMO-2219**) và một đường dây **TDD** (**1-877-688-9891**) dành cho những người có vấn đề về nghe và nói. Trang web Internet của sở **http://www.hmohelp.ca.gov** có mẫu khiếu nại, mẫu đơn xin IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Hiểu rõ các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** phúc lợi của Medicare và Medi-Cal. Đôi khi được gọi là “quy trình tích hợp” vì kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Trong một số trường hợp, các quy trình Medicare và Medi-Cal không thể kết hợp được với nhau. Trong những trường hợp đó, quý vị sẽ sử dụng một quy trình riêng cho phúc lợi Medicare và một quy trình khác cho phúc lợi Medi-Cal. **Phần F4** sẽ giải thích cụ thể những trường hợp này.

D. Các vấn đề về phúc lợi của quý vị

Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại, chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của mình. Bảng dưới đây giúp quý vị tìm thấy chính xác những phần của chương này cho các vấn đề hoặc khiếu nại.

Vấn đề hay lo ngại của quý vị có phải là về phúc lợi hoặc khoản bao trả của quý vị không? Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu chăm sóc y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, hoặc thuốc theo toa cụ thể có được bao trả hay không, phương thức bao trả và các vấn đề liên quan đến khoản thanh toán cho chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa.	
Có. Vấn đề của tôi là về phúc lợi hoặc khoản bao trả. Tham khảo **Phần E: "Quyết định bao trả và kháng cáo"** ở trang 175.	**Không.** Vấn đề của tôi không liên quan đến phúc lợi hoặc khoản bao trả. Tham khảo **Phần K: "Cách nộp khiếu nại"** ở trang 210.

E. Quyết định bao trả và kháng cáo

Quy trình yêu cầu quyết định bao trả và kháng cáo xử lý các vấn đề liên quan đến phúc lợi và bảo hiểm của quý vị. Quy trình này cũng bao gồm các vấn đề về khoản thanh toán.

E1. Quyết định bao trả

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đề ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi thanh toán cho dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Chúng tôi ra quyết định bao trả bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những gì quý vị được bao trả và khoản tiền chúng tôi thanh toán. Ví dụ, bác sĩ trong mạng lưới 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 hoặc nếu họ giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa.

Quý vị hoặc bác sĩ cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quý vị đưa ra quyết định về mức bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể đảm bảo liệu chúng tôi có bao trả các dịch vụ y tế hoặc thuốc cụ thể hay không.

Nếu chúng tôi có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có cung cấp dịch vụ y tế trước khi nhận được dịch vụ này không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm cho quý vị.**

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc thuốc không được bao trả hoặc Medicare hoặc Medi-Cal không còn bao trả cho quý vị nữa. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể nộp kháng cáo.

E2. Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "kháng cáo" quyết định đó. Kháng cáo 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 cáo một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Kháng cáo cấp 1. Trong lần kháng cáo này, chúng tôi xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả quy tắc hay không. Các bên xem xét giải quyết kháng cáo 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 cáo từ Cấp 1. Nếu quý vị không muốn kháng cáo trước với chương trình về một dịch vụ Medi-Cal, nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc có mối đe dọa nghiêm trọng và trực tiếp đến sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị đang bị đau nặng và cần một quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập từ Cơ quan Chăm sóc sức khỏe có quản lý tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo trang 173 để biết thêm thông tin.

Khi chúng tôi hoàn tất việc xem xét, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định được giải thích ở phần sau của chương này, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh hoặc "quyết định nhanh về bảo hiểm" hoặc kháng cáo cấp tốc cho một quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ Kháng cáo cấp 1, quý vị có thể tiếp tục thực hiện Kháng cáo cấp 2. Một Tổ chức đánh giá độc lập không liên quan đến chúng tôi sẽ tiến hành Kháng cáo cấp 2.

- Trong một số trường hợp, hồ sơ của quý vị **sẽ được tự động gửi** đến Tổ chức đánh giá độc lập cho Kháng cáo cấp 2. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.
- Trong các trường hợp khác, quý vị **cần yêu cầu** Kháng cáo cấp 2.
- Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về Kháng cáo cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định Kháng cáo cấp 2, quý vị có thể thực hiện các cấp kháng cáo khác.

E3. Trợ giúp về quyết định bao trả và kháng cáo

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ bộ phận nào sau đây:

- **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.
- **Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.
- **Help Center at the Department of Managed Health Care** (DMHC) để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm điều phối các chương trình chăm sóc sức khỏe. DMHC giúp những người kháng cáo đối với dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề về thanh toán. 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.**
- **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 cáo thay cho quý vị.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay cho quý vị làm "đại diện" của quý vị và yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.

- **Luật sư**. Quý vị có quyền yêu cầu luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu đưa ra quyết định về bảo hiểm hoặc kháng cáo.
  - Gọi luật sư riêng của mình, hoặc lấy tên một luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện.
  - Yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Hiệp hội người tiêu dùng y tế theo số 1-888-804-3536.
- Điền vào biểu mẫu Chỉ định người đại diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm đại diện của quý vị. Mẫu đơn này cho phép một người hành động thay cho quý vị. Gọi Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu cung cấp mẫu "Chỉ định người đại diện". Quý vị cũng có thể lấy 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 mẫu đơn 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 cáo. Mỗi tình huống có những quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho từng loại trong một phần riêng biệt của chương này. Tham khảo **phần áp dụng:**

- **Phần F**, “Chăm sóc y tế”
- **Phần G**, “Thuốc theo toa Medicare Phần D”
- **Phần H**, “Yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện dài hơn”
- **Phần I**, “Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc 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 không chắc nên sử dụng phần nào, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo các số ở cuối trang.

F. Chăm sóc y tế

Phần này giải thích những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề về bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị đối với dịch vụ chăm sóc.

Phần này đề cập đến phúc lợi của quý vị đối với dịch vụ và chăm sóc y tế được mô tả trong **Chương 4** của *Sổ tay thành viên* của quý vị. Chúng tôi thường đề cập đến “bao trả chăm sóc y tế” hoặc “chăm sóc y tế” ở phần còn lại của chương này. Thuật ngữ “chăm sóc y tế” bao gồm các dịch vụ y tế và các vật phẩm cũng như thuốc theo toa Phần B của Medicare thường là thuốc do bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị quản lý. Các quy định khác nhau có thể áp dụng cho thuốc theo toa Phần B. Trong trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy định về thuốc theo toa Phần B khác với quy định về dịch vụ y tế và các vật phẩm như thế nào.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích việc quý vị có thể làm trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ rằng chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cần nhưng không được nhận.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Tham khảo **Phần F2**.

2. Chúng tôi không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị nghĩ chúng tôi nên làm vậy.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Phần F3**.

3. Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi bao trả, nhưng chúng tôi không thanh toán.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Phần F5**.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi bao trả và quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền cho quý vị.

   Việc quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại 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.

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 kháng cáo quyết định giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc y tế của chúng tôi. Tham khảo **Phần F4**.

   - Nếu khoản bao trả là cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ 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.

F2. Yêu cầu quyết định bao trả

> Khi quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết đinh này được gọi là "**quyết định 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 số: (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương
- Gửi fax: (844) 834-2155.
- Gửi thư: Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

Chúng tôi sẽ quyết định phê duyệt trước thông thường trong vòng 5 ngày làm việc kể từ khi chúng tôi nhận được thông tin cần thiết để đưa ra quyết định và không quá 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.

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 đưa ra cho quý vị câu trả lời về:

- Dịch vụ hoặc vật phẩm y tế trong vòng 5 ngày làm việc kể từ khi chúng tôi nhận được thông tin cần thiết để đưa ra quyết định và không quá 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Để biết thêm thông tin về cách thực hiện khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Quyết định bảo hiểm nhanh

> Thuật ngữ pháp lý cho "quyết định bảo hiểm nhanh" là "**quyết định cấp tốc**."

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và sức khỏe của quý vị cần được phản hồi nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Quyết định bảo hiểm nhanh nghĩa là chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời về:

- Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc vật phẩm trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Để biết thêm thông tin về cách thực hiện khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Mục K**. Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

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

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị **không nhận được**. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được.)
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn **có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị** hoặc làm tổn hại đến khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi tự động trao cho quý vị quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ cho chúng tôi biết tình trạng sức khỏe của quý vị cần sử dụng quyết định này. 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 được yêu cầu cho quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để thông báo như vậy và chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay vào đó. Thư này sẽ cho quý vị biết:

- Chúng tôi sẽ tự động trao 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 để 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 nói Không với 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 nói **Không**, quý vị có quyền kháng cáo. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đưa ra quyết định sai lầm, kháng cáo 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 cáo, quý vị sẽ đến Cấp 1 của quy trình kháng cáo (**xem Mục F3**).

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể hủy bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm, điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các trường hợp yêu cầu bị hủy bỏ bao gồm:

- Yêu cầu không đầy đủ,
- Một người khác thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc
- Quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình.

Nếu chúng tôi hủy bỏ yêu cầu đưa ra 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 cáo. Kháng cáo được thảo luận trong phần tiếp theo.

F3. Thực hiện kháng cáo cấp 1

Để bắt đầu kháng cáo, 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, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Để biết thêm chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi để kháng cáo, tham khảo **Chương 2**.

Yêu cầu "kháng cáo tiêu chuẩn" hoặc "kháng cáo nhanh" bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương.

- Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác yêu cầu tiếp tục sử dụng dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã nhận được trong quá trình kháng cáo, 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 ngoài bác sĩ của quý vị kháng cáo cho quý vị, hãy đính kèm một mẫu đơn Chỉ định người đại diện để cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng cáo mà không có mẫu đơn, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc đánh giá cho đến khi nhận được mẫu đơn đó. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trong vòng 44 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị:
  - Chúng tôi sẽ loại bỏ yêu cầu của quý vị và
  - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích quyền của quý vị có thể yêu cầu Tổ chức đánh giá độc lập xem xét quyết định của chúng tôi về việc loại bỏ đơn kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ gửi một lá thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị để thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được kháng cáo.

Quý vị phải kháng cáo **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, chúng tôi có thể cho quý vị nhiều thời gian hơn để kháng cáo. Ví dụ lý do chính đáng có thể là quý vị mắc bệnh nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Hãy giải thích nguyên nhân trễ kháng cáo khi quý vị nộp đơn kháng cáo.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi bản sao thông tin miễn phí về kháng cáo 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 cáo của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

> Thuật ngữ pháp lý cho "kháng cáo nhanh" là "**xem xét lại cấp tốc**".

- Nếu quý vị kháng cáo 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 cáo nhanh hay không.
- Quy trình kháng cáo nhanh cũng tương tự như để đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh. Để yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy làm theo các hướng dẫn để yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh trong **Mục F2**.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị kháng cáo nhanh.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi đang ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong quá trình quý vị kháng cáo.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị đã nhận được, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp Kháng cáo Cấp 1.
- Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả dịch vụ hoặc vật phẩm này nếu quý vị yêu cầu Kháng cáo Cấp 1 **trong vòng 10 ngày theo lịch** kể từ ngày trêng thư của chúng tôi hoặc theo ngày hiệu lực dự kiến của hành động, tùy theo thời điểm nào muộn hơn.
  - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật phẩm mà không có thay đổi nào trong khi chờ xử lý Kháng cáo Cấp 1.
  - Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật phẩm khác (không nằm trong kháng cáo của quý vị) mà không có thay đổi nào.
  - Nếu quý vị không kháng cáo trước những ngày này, quý vị sẽ không tiếp tục nhận được dịch vụ hoặc dược phẩm đó trong khi quý vị chờ quyết định về kháng cáo của mình.

Chúng tôi sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét kháng cáo 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 nói **Không** với 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 cáo nhanh.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần.

Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo đó. 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 cáo cấp 2.

- 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 cáo của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói Không với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập cho Kháng cáo Cấp 2.

Có thời hạn cho kháng cáo 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 cáo của quý vị về việc bao trả cho dịch vụ mà quý vị không nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị là cho các loại 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 cáo hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần đến.

Nếu không trả lời quý vị đúng hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo đó. 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 cáo cấp 2.

Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc bao trả cho những gì chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch, hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc theo toa Medicare Phần B, sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi nói Không với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo bổ sung:

Nếu chúng tôi nói **Không** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.

- Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare, thư đó sẽ thông báo cho quý vị rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập cho Kháng cáo Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho dịch vụ hoặc vật phẩm Medi-Cal, thư đó sẽ cho quý vị biết cách tự nộp Kháng cáo Cấp 2.

Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng cáo Cấp 1 không?

Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng bao trả cho một dịch vụ hoặc vật phẩm đã được chấp thuận trước đây, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện. Nếu quý vị không đồng ý với hành động đó, quý vị có thể nộp đơn Kháng cáo cấp 1 và yêu cầu chúng tôi duy trì phúc lợi của quý vị cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó. Quý vị phải đưa ra yêu cầu trong hoặc trước các thời hạn dưới đây để có thể duy trì phúc lợi của quý vị:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi thông báo qua đường bưu điện về hành động của chúng tôi; hoặc
- Ngày hiệu lực dự kiến của hành động

Nếu đáp ứng được thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật phẩm đang kháng cáo trong lúc đơn kháng cáo của quý vị đang được xử lý.

F4. Thực hiện kháng cáo cấp 2

Nếu chúng tôi trả lời **Không** cho một phần hoặc toàn bộ Kháng cáo cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu Medicare hoặc Medi-Cal hay cả hai chương trình có thường bao trả dịch vụ hoặc vật phẩm đó không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà **Medicare** thường bao trả, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo ngay khi hoàn tất Kháng cáo cấp 1.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà **Medi-Cal** thường bao trả, quý vị có thể tự nộp Kháng cáo 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 cáo cấp 2 cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc vật phẩm Medi-Cal.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật phẩm mà **cả Medicare và Medi-Cal** đều có thể bao trả, quý vị sẽ tự động được Kháng cáo Cấp 2 với Tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục hưởng các phúc lợi khi quý vị nộp Kháng cáo Cấp 1, quý vị cũng có thể tiếp tục nhận được các phúc lợi của mình cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc đang được kháng cáo trong Cấp 2. Tham khảo **Mục F3** để biết thông tin về việc tiếp tục các quyền lợi của quý vị trong thời gian Kháng cáo cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được bao trả bởi Medicare, phúc lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình kháng cáo Cấp 2 với Tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được bao trả bởi Medi-Cal, phúc lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị gửi Kháng cáo Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà Medicare thường bao trả

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo của quý vị. Đây là tổ chức độc lập được Medicare thuê.

> Tên chính thức dành cho "Tổ chức đánh giá độc lập" là "**Đơn vị đánh giá độc lập**", đôi khi được gọi là "**IRE**."

- Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm Tổ chức đánh giá độc lập và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về kháng cáo của quý vị ("hồ sơ trường hợp" của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị có quyền nhận bản sao miễn phí của hồ sơ trường hợp của quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp cho Tổ chức đánh giá độc lập những thông tin khác để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.
- Những người đánh giá tại Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Nếu có kháng cáo nhanh tại Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh tại Cấp 2.

- Nếu có kháng cáo nhanh cho chúng tôi tại Cấp 1, quý vị sẽ tự động có kháng cáo nhanh tại Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời Kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu có kháng cáo tiêu chuẩn tại Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn tại Cấp 2.

- Nếu có kháng cáo tiêu chuẩn với chúng tôi tại Cấp 1, quý vị sẽ tự động có kháng cáo tiêu chuẩn tại Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị là dành cho một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế, Tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời quý vị cho Kháng cáo Cấp 2 **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc theo toa Medicare Phần B, Tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời quý vị về Kháng cáo Cấp 2 **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được kháng cáo của quý vị.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu Tổ chức đánh giá độc lập Đồng ý cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định đó:
  - Cho phép bao trả dịch vụ chăm sóc y tế đó **trong vòng 72 giờ** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ đó trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập cho **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ đó **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập cho **các yêu cầu nhanh**.
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B bị kháng cáo:
  - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng ta nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập đối với **các yêu cầu nhanh.**
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** với một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) cho việc bao trả dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "từ chối kháng cáo 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 cáo hay không.

Có ba cấp độ nữa trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp.

Nếu Kháng cáo cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định có tiếp tục lên Cấp 3 hay không và đưa ra kháng cáo 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 cáo Cấp 2.

Thẩm phán Luật hành chính hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng cáo Cấp 3. Hãy đến **Mục J** để biết thêm thông tin về Kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm mà Medi-Cal thường bao trả

Có hai cách để đưa ra Kháng cáo Cấp 2 đối với các dịch vụ và vật phẩm của Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập hoặc (2) Phiên điều trần cấp tiểu bang.

(1) Đánh giá y khoa độc lập

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập (IMR) từ Trung tâm hỗ trợ tại California Department of Managed Health Care (DMHC). Khi quý vị nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi và đưa ra quyết định của họ. IMR được thực hiện cho bất kỳ dịch vụ hoặc vật phẩm nào được bao trả của Medi-Cal có tính chất y tế. IMR là đánh giá trường hợp của quý vị được thực hiện bởi các bác sĩ không tham gia chương trình của chúng tôi hoặc có tham gia DMHC. Nếu IMR được quyết định có lợi quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị yêu cầu. Quý vị không phải chi trả cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi, hoặc trì hoãn một dịch vụ hoặc điều trị Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi xác định dịch vụ hoặc điều trị đó là không cần thiết về mặt y tế.

- Sẽ không bao trả một điều trị Medi-Cal có tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu cho một tình trạng bệnh nghiêm trọng.
- Sẽ không trả tiền cho các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp Medi-Cal mà quý vị đã nhận được.
- Đã không giải quyết Kháng cáo cấp 1 của quý vị về một dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với một kháng cáo tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với một kháng cáo nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị nộp đơn kháng cáo cho quý vị, nhưng chúng tôi không nhận được mẫu đơn Chỉ định người đại diện, quý vị sẽ phải nộp lại đơn kháng cáo cho chúng tôi trước khi gửi đơn yêu cầu IMR Cấp 2 với Department of Managed Health Care (Cơ quan Chăm sóc sức khỏe có quản lý).

Quý vị có quyền yêu cầu cả IMR và Phiên điều trần cấp tiểu bang, nhưng quyền này sẽ không áp dụng nếu quý vị đã có một Phiên điều trần cấp tiểu bang về vấn đề tương tự.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp kháng cáo cho chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Tham khảo trang 199 để biết thông tin về quy trình Kháng cáo 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 điều trị của quý vị bị từ chối vì có tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không cần phải tham gia vào quy trình kháng cáo của chúng tôi trước khi quý vị nộp đơn xin IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến một mối đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc quý vị đang bị đau trầm trọng, quý vị có thể đề đạt ngay vấn đề đó lên DMHC mà không cần qua quy trình kháng cáo với chúng tôi.

Quý vị phải **nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị văn bản quyết định về kháng cáo của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn yêu cầu của quý vị sau 6 tháng với những lý do hợp lý như bệnh trạng khiến quý vị không thể yêu cầu IMR trong 6 tháng, hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để yêu cầu IMR:

- Hãy điền vào Đơn xin Đánh giá Y khoa Độc lập/ Mẫu đơn Khiếu nại trên: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc gọi cho Trung tâm Trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-688-9891.
- Đính kèm bản sao thư hoặc các tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật phẩm mà chúng tôi từ chối nếu có. Điều này có thể đẩy nhanh quy trình IMR. Gửi bản sao các tài liệu, không gửi bản gốc. Trung tâm trợ giúp không thể trả lại bất kỳ tài liệu nào.
- Điền Mẫu Ủy quyền Hỗ trợ nếu có người giúp quý vị trong quá trình IMR của quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này trong www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung tâm Trợ giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-688-9891.
- Gửi qua bưu điện hoặc fax các mẫu đơn và bất kỳ tài liệu đính kèm nào của quý vị đến:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xem xét vụ việc của quý vị và gửi cho quý vị một bức thư trong vòng 7 ngày theo lịch cho biết rằng quý vị đủ điều kiện được IMR. Sau khi nhận đơn xin và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định về IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định về IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ ngày gửi đơn đầy đủ.

Nếu trường hợp của quý vị khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xem xét vụ việc của quý vị và gửi cho quý vị một bức thư trong vòng 2 ngày theo lịch cho biết rằng quý vị đủ điều kiện được IMR. Sau khi nhận đơn xin và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định về IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định về IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày gửi đơn đầy đủ. Nếu không hài lòng với kết quả từ IMR, thì quý vị vẫn có thể yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang.

Một IMR có thể kéo dài hơn nếu DMHC không nhận được đủ toàn bộ hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị đang đến khám tại bác sĩ không thuộc mạng lưới chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị, điều quan trọng là quý vị phải lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. Chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị được yêu cầu nhận bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định rằng hồ sơ của quý vị không đủ điều kiện được thực hiện IMR, DMHC sẽ xem xét hồ sơ của quý vị thông qua quy trình khiếu nại thông thường của khách hàng. Khiếu nại của quý vị phải được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi quý vị gửi đơn đầy đủ. Khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết sớm hơn nếu khẩn cấp.

(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 bao trả. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác yêu cầu 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 nói không đối với kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu một Phiên điều trần cấp Tiểu bang.

Trong hầu hết các trường hợp **quý vị có 120 ngày để yêu cầu một Phiên điều trần cấp Tiểu bang** sau khi thông báo “Các quyền điều trần của quý vị” được gửi qua đường bưu điện cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu một Phiên điều trần cấp Tiểu bang bởi vì chúng tôi cho quý vị biết rằng một dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc ngừng, **thì quý vị sẽ có ít ngày hơn để kháng cáo** nếu muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ Phiên điều trần cấp Tiểu bang của mình. Hãy đọc phần “Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng cáo Cấp 2 không” ở trang 201 để biết thêm thông tin.

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

1. Quý vị có thể điền “Yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang” trên mặt sau của thông báo hành động. Quý vị phải cung cấp tất cả thông tin yêu cầu như tên đầy đủ, địa chỉ, số điện thoại, tên chương trình hay hạt đã hành động chống lại quý vị, (các) chương trình hỗ trợ liên quan, và lý do chi tiết vì sao quý vị muốn có phiên điều trần. Sau đó quý vị có thể nộp yêu cầu của mình bằng một trong các cách sau:

- Đến phòng phúc lợi của hạt theo địa chỉ trên thông báo.
- Đến California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

- Đến State Hearings Division theo số fax 916-651-5210 hoặc 916-651-2789.

2. Gọi đến California Department of Social Services theo số 1-800-952-5253. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-800-952-8349. Nếu quyết định yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang qua điện thoại, quý vị nên lưu ý rằng các đường dây điện thoại đều rất bận.

Văn phòng Phiên điều trần công bằng sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu văn phòng Phiên điều trần công bằng trả lời **Có** cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một dịch vụ hoặc vật phẩm y tế, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật phẩm đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu văn phòng Phiên điều trần công bằng trả lời **Không** với một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) cho việc bao trả dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "từ chối kháng cáo của quý vị".

Nếu quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập hoặc văn phòng Phiên điều trần công bằng là **Không** cho tất cả hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo bổ sung.

Nếu Kháng cáo cấp 2 của quý vị gửi tới **Tổ chức đánh giá độc lập**, quý vị có thể kháng cáo lại chỉ khi giá trị tính bằng đô la của dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị muốn đạt đến số tiền tối thiểu nhất định. Thẩm phán Luật hành chính hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng cáo Cấp 3. **Thư mà quý vị nhận được từ Tổ chức đánh giá độc lập sẽ giải thích các quyền kháng cáo bổ sung quý vị có thể có.**

Thư mà quý vị nhận được từ văn phòng Phiên điều trần công bằng sẽ mô tả lựa chọn kháng cáo tiếp theo.

Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về các quyền kháng cáo của quý vị sau Cấp 2.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tính hóa đơn với quý vị cho các dịch vụ và sản phẩm được bao trả. Điều này vẫn đúng cho dù chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn so với giá dịch vụ nhà cung cấp đưa ra đối với dịch vụ hoặc sản phẩm được bao trả. Quý vị không bao giờ phải trả số dư cho bất cứ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất quý vị nên được yêu cầu thanh toán là tiền đồng thanh toán theo danh mục thuốc có yêu cầu đồng thanh toán.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn dành cho dịch vụ và vật phẩm được bao trả, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn đó.** Chúng tôi sẽ trực tiếp liên hệ với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề này. Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được hoàn tiền nếu làm theo các quy tắc về việc nhận dịch vụ và vật phẩm.

Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ tay thành viên*. Mô tả các tình huống qúy vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng cho biết cách giấy tờ để yêu cầu chúng tôi thanh toán cho quý vị.

Nếu quý vị yêu cầu hoàn tiền, nghĩa là quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ xem dịch vụ hoặc vật phẩm quý vị đã chi trả có được bao trả hay không và kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng khoản bao trả của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm mà quý vị đã thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị khoản thanh toán hoặc nếu chương trình có phần chia sẻ chi phí, phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Sau đó, nhà cung cấp của quý vị sẽ gửi khoản thanh toán này cho quý vị.
- Nếu quý vị vẫn chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán, điều này giống như sự **Đồng ý** đối với yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm.
- Nếu dịch vụ hoặc vật phẩm đó không được bao trả, hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị cho biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó và giải thích lý do.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không bao trả của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo**. Hãy làm theo quy trình kháng cáo được mô tả trong **Phần F3**. Khi quý vị làm theo các hướng dẫn này, vui lòng lưu ý:

- Nếu quý vị kháng cáo để chúng tôi bồi hoàn cho quý vị, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền về dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được và đã tự thanh toán, quý vị không thể yêu cầu kháng cáo nhanh.

Nếu câu trả lời của chúng tôi đối với kháng cáo của quý vị là **Không** và **Medicare** thường bao trả các dịch vụ hoặc vật phẩm này, chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị nếu điều này xảy ra.

- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập đảo ngược quyết định của chúng tôi và cho biết chúng tôi cần thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho kháng cáo của quý vị là **Có** vào bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập nói **Không** với kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Điều này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối kháng cáo của quý vị”. Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền kháng cáo bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp kháng cáo bổ sung.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho kháng cáo của quý vị là **Không** và **Medi-Cal** thường bao trả các dịch vụ hoặc vật phẩm đó, quý vị có thể tự gửi Kháng cáo cấp 2 (chúng tôi không tự động gửi yêu cầu Kháng cáo cấp 2 cho quý vị). Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D

Các phúc lợi của quý vị với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi bao gồm bao trả cho nhiều loại thuốc theo toa. Hầu hết các loại thuốc này đều là “thuốc theo toa Phần D” Medicare. Một số loại

thuốc Phần D Medicare không bao trả thuốc Medi-Cal có thể bao trả. **Phần này chỉ áp dụng cho các kháng cáo về thuốc Phần D.**

Để được bao trả, thuốc của quý vị phải được dùng cho mục đích được chấp nhận về 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 tham khảo nhất định về y tế hỗ trợ. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin về mục đích được chấp nhận về y tế.

G1. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Phần D

Sau đây là các ví dụ về các quyết định bảo hiểm mà quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện cho thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - Bao trả thuốc Phần D không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi hoặc
  - Bỏ qua hạn chế về bảo hiểm thuốc của chương trình chúng tôi (như giới hạn về số lượng mà quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được bao trả cho quý vị hay không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị có trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi nhưng chúng tôi yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi bao trả cho quý vị).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết không thể bán thuốc theo toa cho quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo giải thích cách liên lạc với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

> Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là "**phán quyết bảo hiểm**".

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho thuốc theo toa 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 cáo quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm **và** cách nộp kháng cáo.

Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị.

Quý vị thuộc trường hợp nào trong số này?			
Quý vị cần loại thuốc không thuộc Danh sách thuốc của chúng tôi hay cần chúng tôi bỏ qua quy tắc hoặc hạn chế về loại thuốc mà chúng tôi bao trả. **Quý vị có 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 các **Phần G3 và G4**	Quý vị có muốn chúng tôi bao trả cho một loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi và cho rằng quý vị đáp ứng quy tắc hoặc hạn chế của chương trình (như được sự chấp thuận trước) cho loại thuốc mà quý vị cần hay không? **Quý vị 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 thuốc mà quý vị đã nhận được và đã thanh toán. **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bảo hiểm). Tham khảo **Phần G4**	Chúng tôi đã thông báo cho quý vị rằng chúng tôi sẽ không bao trả hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách quý vị muốn. **Quý vị có thể kháng cáo.** (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại). Tham khảo **Phần G5**

G2. Trường hợp ngoại lệ Phần D

Nếu chúng tôi không bao trả thuốc theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ giải thích các lý do y tế cho việc tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ.

> Yêu cầu bảo hiểm thuốc không nằm trong Danh sách thuốc hoặc để loại bỏ hạn chế thuốc đôi khi được gọi là **"ngoại lệ về danh mục thuốc".**

Sau đây là một số ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi.**
   - Nếu chúng tôi đồng ý cho phép trường hợp ngoại lệ và bao trả một loại thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi, quý vị sẽ chi trả khoản đồng thanh toán áp dụng cho thuốc bậc 4.
   - Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán phải trả cho thuốc.
2. **Miễn trừ hạn chế thuốc được bao trả**.
   - Các quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong Danh sách thuốc của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin).

- Các quy tắc và các hạn chế bổ sung đối với một số loại thuốc bao gồm:
  - Bắt buộc phải sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc chính hiệu.
  - Nhận được sự chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc cho quý vị. Điều này đôi khi được gọi là “cho phép trước”.
  - Cần thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý bao trả cho loại thuốc quý vị đang yêu cầu. Điều này đôi khi được gọi là “liệu pháp từng bước”.
  - Giới hạn số lượng. Đối với một số thuốc, có thể có giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể có.
- Nếu chúng tôi đồng ý cho phép ngoại lệ đối với quý vị và đặt ra một giới hạn, quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán mà quý vị được yêu cầu thanh toán.

3. **Thay đổi phạm vi bao trả của thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn**. Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong các bậc chia sẻ chi phí thuốc. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí thuốc càng thấp thì số tiền đồng thanh toán của quý vị sẽ càng thấp.

> Yêu cầu thanh toán chi phí thấp hơn cho loại thuốc không ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **“ngoại lệ về danh mục thuốc”**.

- Danh sách thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị cho một bệnh trạng cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc “thay thế”.
- Nếu một loại thuốc thay thế cho tình trạng sức khỏe của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn loại thuốc quý vị đang uống, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả ở mức chi phí chia sẻ thuốc thay thế. Điều này sẽ giảm số tiền đồng thanh toán của quý vị đối với thuốc.
- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu ngoại lệ về thay đổi bậc chia sẻ chi phí thuốc của quý vị và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể sử dụng, quý vị thường sẽ trả số tiền thấp nhất.

G3. Những điều quan trọng cần biết khi yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác phải cho chúng tôi biết lý do y tế.

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản giải thích các lý do y tế cho việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh sách thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị cho một bệnh trạng cụ thể. Những thuốc này được gọi là thuốc “thay thế”. Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc mà quý vị yêu cầu và không gây thêm các phản ứng phụ hoặc vấn đề khác về sức khỏe, thì chúng tôi thường không chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể Đồng ý hoặc Không đồng ý với 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 miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó vẫn an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Không đồng ý** với yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về cách nộp đơn kháng cáo nếu chúng tôi **Không đồng ý**.

Phần 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 về bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm quý vị muốn bằng cách gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối, giờ địa phương, hoặc gửi thư hoặc fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể thực hiện điều này. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể thực hiện điều này. Bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) hoặc người nào khác đại diện cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành động thay mặt cho quý vị.
- 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 đơn khác để yêu cầu đưa ra quyết định bao trả thay cho quý vị.
- Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền thuốc cho quý vị, hãy đọc **Chương 7** của *Sổ tay thành viên*.
- Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi "tờ khai ủng hộ". Tờ khai ủng hộ bao gồm lý do y tế của bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác cho trường hợp ngoại lệ.
- Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi qua đường bưu điện tờ khai ủng hộ này cho chúng tôi. Họ có thể nói cho chúng tôi qua điện thoại, sau đó gửi fax hoặc gửi qua bưu điện tờ khai.

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh trước"

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 tuyên bố 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 tuyên bố 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 bao trả 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 vận hành 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 đơn khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bao trả nhanh, chúng tôi đồng ý và trao 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 đơn 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 bệnh trạng của quý vị không đáp ứng các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh, thay vào đó chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
  - Chúng tôi gửi thư thông báo cho quý vị. Thư cũng cho quý vị biết cách khiếu nại về quyết định của chúng tôi.
  - Quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh và nhận phản hồi trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về cách khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, vui lòng tham khảo **Mục 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 tờ khai ủng hộ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một Tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về Kháng cáo 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 bao trả trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tờ khai ủng hộ của bác sĩ.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Lá thư sẽ hướng dẫn cho quý vị cách thực hiện kháng cáo.

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 tờ khai ủng hộ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một Tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị khoản bao trả trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tờ khai ủng hộ của bác sĩ cho trường hợp ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư sẽ hướng dẫn cho quý vị cách thực hiện kháng cáo.

Các thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về việc thanh toán cho thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một Tổ chức đánh giá độc lập xem xét.

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư sẽ hướng dẫn cho quý vị cách thực hiện kháng cáo.

G5. Thực hiện kháng cáo cấp 1

Kháng cáo chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả thuốc Phần D được gọi là **"tái xét"** chương trình.

- Bắt đầu **kháng cáo tiêu chuẩn hoặc kháng cáo nhanh** bằng cách gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối, giờ địa phương, gửi thư hoặc fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể thực hiện điều này. Bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Quý vị phải kháng cáo trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, chúng tôi có thể cho quý vị nhiều thời gian hơn để kháng cáo. Ví dụ lý do chính đáng có thể là quý vị mắc bệnh nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Hãy giải thích nguyên nhân trễ kháng cáo khi quý vị nộp đơn kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi bản sao thông tin miễn phí về kháng cáo 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 cáo của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc, hãy yêu cầu "kháng cáo nhanh"

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **"tái xét nhanh".**

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định chúng tôi đưa ra về loại thuốc quý vị không nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ cần quyết định xem quý vị có cần "kháng cáo nhanh" hay không.
- Những yêu cầu "kháng cáo nhanh" giống với những yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh". Tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về yêu cầu bao trả 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 liên lạc với quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để có thêm thông tin.

Thời hạn cho kháng cáo 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 yêu cầu của quý vị.
- Nếu không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo đó. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng cáo cấp 2.
- Nếu chúng tôi nói **Có** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả mà chúng tôi đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không** với 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 cáo.

Thời hạn cho kháng cáo 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 cáo của quý vị đối với loại thuốc mà quý vị không được nhận. yêu cầu “kháng cáo nhanh”
- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị không lấy được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phải có thuốc đó,

Nếu không trả lời quý vị trong vòng 7 ngày, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo đó. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng cáo cấp 2.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu:

- Chúng tôi phải **cung cấp khoản bao trả** mà chúng tôi đồng ý cung cấp nhanh nhất có thể theo yêu cầu của quý vị nhưng **không quá 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo 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 sau khi** chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Từ chối cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể thực hiện kháng cáo.
- 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** chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu không trả lời quý vị trong vòng 14 ngày, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, một Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo đó. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình kháng cáo cấp 2.

- Nếu chúng tôi nói **Có** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không** với 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 cáo.

G6. Thực hiện kháng cáo cấp 2

Nếu chúng tôi trả lời là **Không** đối với Kháng cáo cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc đưa ra một kháng cáo khác. Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác,

quý vị có thể sử dụng quy trình kháng cáo Cấp 2. **Tổ chức** đánh giá độc lập sẽ xem xét quyết định trả lời **Không** của chúng tôi với kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem chúng tôi có phải thay đổi quyết định của chúng tôi hay không.

> Tên chính thức của "Tổ chức đánh giá độc lập" là **"Đơn vị đánh giá độc lập"** đôi khi được gọi là **"IRE".**

Để đưa ra Kháng cáo cấp 2, quý vị, đại diện của quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác phải liên hệ với Tổ chức đánh giá độc lập bằng văn bản và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi trả lời là **Không** với Kháng cáo cấp 1 của quý vị, thư mà chúng tôi đã gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách thực hiện Kháng cáo cấp 2** với Tổ chức đánh giá độc lập. Hướng dẫn cho biết ai có thể thực hiện Kháng cáo cấp 2, thời hạn mà quý vị phải thực hiện và cách liên hệ tổ chức.
- Khi quý vị gửi kháng cáo đến Tổ chức đánh giá độc lập, chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về kháng cáo của quý vị đến tổ chức. Thông tin này được gọi là "hồ sơ trường hợp" của quý vị. **Quý vị có quyền nhận bản sao miễn phí của hồ sơ trường hợp.**
- Quý vị có quyên cung cấp cho Tổ chức đánh giá độc lập những thông tin khác để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét Kháng cáo cấp 2 Phần D của quý vị và đưa ra câu trả lời bằng văn bản. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về Tổ chức đánh giá độc lập.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh ở Cấp 2

- Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu câu Tổ chức đánh giá độc lập thực hiện kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức đồng ý thực hiện kháng cáo nhanh, họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức trả lời **Có** đối với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả thuốc được phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị có một kháng cáo tiêu chuẩn ở cấp 2, Tổ chức đánh giá độc lập phải đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức nhận được kháng cáo của quý vị đối với loại thuốc mà quý vị không nhận được.
- **Trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo yêu câu hoàn trả cho loại thuốc mà quý vị đã mua.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập trả lời là **Có** cho một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả thuốc được phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập.
- Chúng tôi phải hoàn trả chi phí mà quý vị đã thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức đánh giá độc lập.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập nói **Không** với kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "từ chối kháng cáo của quý vị".

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập nói **Không** với Kháng cáo cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền Kháng cáo cấp 3 nếu số tiền bao trả cho thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng số tiền tối thiểu. Nếu số tiền bao trả cho thuốc mà quý vị yêu cầu ít hơn số tiền tối thiểu, quý vị không thể thực hiện một kháng cáo khác. Trong trường hợp đó, quyết định đối với Kháng cáo cấp 2 là quyết định cuối cùng. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư thông báo cho quý vị về số tiền tối thiểu cần thiết để tiếp tục Kháng cáo 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 cáo hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2.
- Nếu Tổ chức đánh giá độc lập nói **Không** với Kháng cáo cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị:
  - Quyết định xem quý vị có muốn thực hiện Kháng cáo cấp 3 hay không.
  - Tham khảo thư mà Tổ chức đánh giá độc lập đã gửi cho quý vị sau Kháng cáo cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện Kháng cáo cấp 3.

Thẩm phán Luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi bao trả 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 bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị căn bệnh hoặc thương tích của quý vị. Để biết thêm chi tiết về mức bảo hiểm nằm viện của quý vị, tham khảo **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Trong thời gian quý vị nằm ở viện được bao trả, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị xuất viện được gọi là "ngày xuất viện" của quý vị.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện 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.

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

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người ở bệnh viện, chẳng hạn như y tá 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 quyền của quý vị". Mọi người có Medicare đều được nhận bản sao thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

- **Hãy đọc kỹ thông báo này** và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết về các quyền của quý vị khi là bệnh nhân bệnh viện, bao gồm quyền của quý vị để:
  - Nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau khi nằm viện. Quý vị có quyền biết những dịch vụ đó là gì, ai sẽ thanh toán cho các dịch vụ đó và nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ đó.
  - Tham gia vào mọi quyết định về thời gian nằm viện của quý vị.
  - Biết nơi để báo bất cứ mối lo ngại nào của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
  - Kháng cáo nếu cho rằng quý vị bị cho xuất viện quá sớm.
- **Ký vào thông báo** để thể hiện rằng quý vị đã nhận thông báo và hiểu được các quyền của quý vị.
  - Quý vị hoặc ai đó hành động thay mặt quý vị có thể ký vào thông báo.
  - Việc ký thông báo **chỉ** cho biết quý vị đã có được thông tin về các quyền của quý vị. Việc ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày ra viện mà bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã thông báo cho quý vị.
- **Hãy giữ bản sao** thông báo đã ký đó, nhờ vậy quý vị sẽ có những thông tin nếu quý vị cần.

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

- Gọi Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang
- Gọi 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Thực hiện kháng cáo cấp 1

Nếu muốn chúng tôi bao trả cho các dịch vụ bệnh viện nội trú trong khoảng thời gian lâu hơn, quý vị phải yêu cầu kháng cáo. Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ đánh giá Kháng cáo cấp 1 để xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị không.

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

Ở California, Tổ chức cải thiện chất lượng được gọi là Livanta. Gọi cho họ theo số: (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668. Thông tin liên hệ cũng nằm trong thông báo “Thông báo quan trọng từ Medicare về quyền của quý vị” và trong **Chương 2**.

Hãy gọi cho Tổ chức cải thiện chất lượng trước khi quý vị xuất viện và không muộn hơn ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị

- **Nếu quý vị gọi điện trước khi rời khỏi bệnh viện**, quý vị có thể ở lại viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả tiền trong khi chờ quyết định của Tổ chức cải thiện chất lượng về kháng cáo của quý vị.
- **Nếu không gọi điện để kháng cáo** và quyết định ở lại viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, quý vị có thể phải thanh toán tất cả chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

- **Nếu lỡ thời hạn** liên hệ với Tổ chức cải thiện chất lượng về kháng cáo của quý vị, quý vị có thể kháng cáo trực tiếp với chương trình của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Mục G4** để biết thêm thông tin về cách kháng cáo với chúng tôi.
- Vì việc nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal bao trả, nếu Tổ chức cải thiện chất lượng không điều trần yêu cầu của quý vị về việc tiếp tục bao trả việc nằm viện, hoặc nếu quý vị cho rằng trường hợp của mình là khẩn cấp hoặc có mối đe dọa nghiêm trọng và trực tiếp đến sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau trầm trọng, quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại tới hoặc yêu cầu California Department of Managed Health Care (DMHC California) thực hiện Đánh giá y khoa độc lập. Vui lòng tham khảo Mục F4 ở trang 183 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập.

Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần. Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp vào bất kỳ lúc nào

- Gọi Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang.
- Gọi Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu đánh giá nhanh. Hành động nhanh chóng và liên hệ với Tổ chức cải thiện chất lượng để yêu cầu đánh giá nhanh việc xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho **"đánh giá nhanh"** là **"đánh giá ngay lập tức"** hoặc **"đánh giá cấp tốc"**.

Điều gì sẽ xảy ra trong quá trình đánh giá nhanh?

- Những người đánh giá tại Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị về lý do tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bao trả sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không cần phải lập tuyên bố bằng văn bản nhưng quý vị có thể làm vậy.
- Những người đánh giá cũng sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa ngày sau ngày người đánh giá thông báo cho chương trình của chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo khác giải thích lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị và chúng tôi nghĩ đó là ngày xuất viện thích hợp về mặt y tế cho quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản giải thích này là "**Thông báo chi tiết về ngày xuất viện**." Quý vị có thể lấy mẫu bằng cách gọi Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc 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. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng một ngày đầy đủ sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời đối với kháng cáo của quý vị.

Nếu Tổ chức cải thiện chất lượng nói **Có** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả khi dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức cải thiện chất lượng nói **Không** với kháng cáo của quý vị:

- Tổ chức tin rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Khoản bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào trưa ngày sau khi Tổ chức cải thiện chất lượng trả lời kháng cáo quý vị.
- Quý vị có thể phải chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc bệnh viện sau buổi trưa vào ngày sau khi Tổ chức cải thiện chất lượng đưa ra câu trả lời của họ đối với kháng cáo của quý vị.
- Quý vị có thể thực hiện Kháng cáo cấp 2 nếu Tổ chức cải thiện chất lượng từ chối Kháng cáo cấp 1 **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày quý vị dự định xuất viện.

H3. Thực hiện kháng cáo cấp 2

Đối với Kháng cáo cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức cải thiện chất lượng xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra ở Kháng cáo cấp 1. Gọi cho họ theo số (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức cải thiện chất lượng **Không đồng ý** với Kháng cáo 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 bao trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc.

Người đánh giá của Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ:

- Xem xét cẩn thận lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng cáo cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị cho lần xem xét thứ hai.

Nếu Tổ chức đánh giá chất lượng **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chi phí chăm sóc bệnh viện mà quý vị đã nhận từ buổi trưa vào ngày sau ngày Tổ chức cải thiện chất lượng từ chối Kháng cáo cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả khi dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá chất lượng **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Kháng cáo 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 cáo và đưa ra Kháng cáo cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với hoặc đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục ở lại bệnh viện. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 183 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập.

Thẩm phán Luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

H4. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 1

Thời hạn liên hệ với Tổ chức cải thiện chất lượng cho Kháng cáo cấp 1 là trong vòng 60 ngày hoặc trễ nhất là vào ngày quý vị xuất viện theo kế hoạch. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn Kháng cáo cấp 1, quý vị có thể sử dụng quy trình "Kháng cáo thay thế".

Hãy liên hệ với Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi "đánh giá nhanh vào ngày xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho "đánh giá nhanh" hay "kháng cáo nhanh" là **"kháng cáo cấp tốc".**

- Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về việc nằm viện của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên có công bằng và tuân thủ các quy tắc không.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn và đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ quý vị yêu cầu đánh giá nhanh.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần phải ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nằm viện nội trú được bao trả của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế.
- Chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nằm viện nội trú sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán mọi phần chia sẻ chi phí sau ngày này.
- Chúng tôi gửi kháng cáo của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập để đảm bảo chúng tôi tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi làm như vậy, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến quy trình Kháng cáo cấp 2.

H5. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 2

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng cáo cấp 2 của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định **Từ chối** Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ tự thực hiện việc này. Quý vị không cần làm gì cả.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về cách khiếu nại.

Tổ chức đánh giá độc lập tiến hành đánh giá nhanh kháng cáo của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường sẽ phản hồi cho quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi phải hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả của quý vị sẽ kết thúc.

- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả khi dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng cáo của quý vị:

- Tổ chức đồng ý rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
- Họ gửi thư cho quý vị để cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và đưa ra Kháng cáo cấp 3.

Thẩm phán Luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục ở lại bệnh viện. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 183 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập cùng với hoặc thay vì một Kháng cáo cấp 3.

I. Đề nghị 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
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Chăm sóc phục hồi chức khi là bệnh nhân ngoại trú tại Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) được Medicare chấp thuận. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang nhận điều trị một bệnh hoặc tai nạn hay quý vị đang hồi phục sau một đại phẫu.

Với bất kỳ loại nào trong ba loại dịch vụ này, quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả trong thời gian bác sĩ cho là quý vị sẽ cần dịch vụ đó.

Khi quyết định ngừng bao trả bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải cho quý vị biết trước khi các dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi khoản bao trả của quý vị cho dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ của quý vị.

Nếu cho rằng chúng tôi kết thúc bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng cáo.

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 cáo 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 cáo cấp 1

Nếu cho rằng chúng tôi kết thúc bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết về quy trình Kháng cáo cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hiểu rõ và theo đúng thời hạn áp dụng cho những việc quý vị cần phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân theo 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 **Mục K** để biết thêm thông tin về khiếu nại.
- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp vào bất kỳ lúc nào:
  - Gọi Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang.
  - Gọi Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với Tổ chức cải thiện chất lượng**
  - Tham khảo **Mục 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 cáo của quý vị và quyết định về việc chúng tôi kết thúc bao trả cho các dịch vụ của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.
- **Hành động nhanh và yêu cầu kháng cáo nhanh.** Yêu cầu Tổ chức cải thiện chất lượng xem xét liệu quyết định có thích hợp về mặt y tế để kết thúc bao trả cho dịch vụ y tế của quý vị hay không.

Hãy yêu cầu họ xem xét "kháng cáo nhanh". Đây là đánh giá độc lập về việc chúng tôi kết thúc bao trả cho các dịch vụ của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Thời hạn quý vị cần liên lạc với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ Tổ chức cải thiện chất lượng để bắt đầu kháng cáo vào trưa ngày trước ngày có hiệu lực của Thông báo về việc Medicare Không Bao trả mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ chức cải thiện chất lượng, quý vị có thể kháng cáo trực tiếp với chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách thực hiện, vui lòng tham khảo **Mục I4**.
- Nếu Tổ chức cải thiện chất lượng không điều trần yêu cầu của quý vị về việc tiếp tục bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị cho rằng trường hợp của mình là khẩn cấp hoặc có mối đe dọa nghiêm trọng và trực tiếp đến sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau trầm trọng, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại tới và yêu cầu California Department of Managed Health Care (DMHC) thực hiện Đánh giá y khoa độc lập. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 183 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập.

Thuật ngữ pháp lý cho thông báo bằng văn bản là "**Thông báo về việc Medicare không bao trả**." Để nhận mẫu, hãy gọi 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 một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. Hoặc xem bản sao tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Điều gì xảy ra trong quá trình kháng cáo nhanh

- Những người đánh giá tại Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng khoản bao trả cần được tiếp tục. Quý vị không cần phải lập tuyên bố bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm vậy.
- Những người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.

- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi kết thúc bao trả 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 cáo của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho thông báo diễn giải là "**Giải thích chi tiết về việc không bao trả**."

- Những người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp cho quý vị các dịch vụ được bao trả miễn trong thời gian cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng cáo của quý vị:

- Chương trình sẽ kết thúc bao trả cho quý vị vào ngày mà chúng tôi đã thông báo.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán phần chia sẻ chi phí của dịch vụ chăm sóc này vào ngày đã nêu trong thông báo.
- Quý vị sẽ tự thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc cơ sở chăm sóc y tế lành nghề, hoặc dịch vụ Cơ sở Phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) sau ngày kết thúc bao trả của quý vị.
- Quý vị sẽ quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục các dịch vụ này và thực hiện Kháng cáo cấp 2 hay không.

I3. Thực hiện kháng cáo cấp 2

Đối với Kháng cáo cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức cải thiện chất lượng xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra ở Kháng cáo cấp 1. Gọi cho họ theo số (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức cải thiện chất lượng **Không đồng ý** với Kháng cáo 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 bao trả cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

Người đánh giá của Tổ chức cải thiện chất lượng sẽ:

- Xem xét cẩn thận lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng cáo cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị cho lần xem xét thứ hai.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nếu các dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định 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 cáo và đưa ra Kháng cáo cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 183 để tìm hiểu cách đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu DMHC thực hiện Đánh giá y khoa độc lập cùng với hoặc thay vì một Kháng cáo cấp 3.

Thẩm phán Luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng cáo Cấp 2 không?

Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm được bao trả bởi Medicare, phúc lợi của quý vị cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó sẽ không tiếp tục trong quá trình kháng cáo Cấp 2 với Đơn vị đánh giá độc lập.

Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật phẩm được bao trả bởi Medi-Cal và quý vị yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang, phúc lợi Medi-Cal cho dịch vụ hoặc vật phẩm đó sẽ tiếp tục đến khi quyết định điều trần được đưa ra. Quý vị phải yêu cầu một phiên điều trần trong hoặc trước thời hạn sau để tiếp tục phúc lợi của mình:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày chúng tôi gửi thông báo cho quý vị qua bưu điện về việc bảo lưu quyết định phúc lợi bất lợi (quyết định kháng cáo Cấp 1); hoặc
- Ngày hiệu lực dự kiến của hành động.

Nếu quá thời hạn này, quý vị vẫn có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật phẩm đang kháng cáo tới khi quyết định điều trần được đưa ra.

I4. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 1

Như đã giải thích trong **Phần I2**, quý vị phải hành động nhanh chóng và liên hệ với Tổ chức cải thiện chất lượng để bắt đầu Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này, quý vị có thể sử dụng quy trình “Kháng cáo thay thế”.

Hãy liên hệ với Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi “đánh giá nhanh”.

> Thuật ngữ pháp lý cho “đánh giá nhanh” hay “kháng cáo nhanh” là **“kháng cáo cấp tốc”.**

- Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về trường hợp của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên có công bằng và tuân thủ tất cả các quy tắc không khi chúng tôi định ngày chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn và đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu đánh giá nhanh.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý quý vị cần dịch vụ lâu hơn.

- Chúng tôi đồng ý hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ này sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán mọi phần chia sẻ chi phí sau ngày này.
- Quý vị thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ này nếu quý vị tiếp tục nhận sau ngày chúng tôi thông báo cho quý vị rằng bảo hiểm sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi gửi kháng cáo của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập để đảm bảo chúng tôi tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi làm như vậy, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến quy trình Kháng cáo cấp 2.

I5. Thực hiện kháng cáo thay thế cấp 2

Trong thời gian Kháng cáo cấp 2, chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng cáo cấp 2 của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định Từ chối Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ tự thực hiện việc này. Quý vị không cần làm gì cả.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Phần K** để biết thông tin về cách khiếu nại.

Tổ chức đánh giá độc lập tiến hành đánh giá nhanh kháng cáo của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường sẽ phản hồi cho quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được từ ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả khi dịch vụ là cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức đánh giá độc lập **Từ chối** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định 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 cáo và đưa ra Kháng cáo cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với và đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập về việc tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần F4 ở trang 183 để tìm hiểu cách đề nghị DMHC tiến hành Đánh giá y khoa độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu Đánh giá y khoa độc lập cùng với hoặc thay vì một Kháng cáo cấp 3.

Thẩm phán Luật hành chính hoặc thẩm phán xét xử sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

J. Chuyển kháng cáo của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare

Nếu đã Kháng cáo Cấp 1 và Kháng cáo Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare và cả hai kháng cáo này đều đã bị khước từ, quý vị có thể có quyền thực hiện các cấp kháng cáo bổ sung.

Nếu số tiền của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare mà quý vị đã kháng cáo không đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không được tiếp tục kháng cáo. Nếu số tiền đáp ứng đủ mức yêu cầu, quý vị có thể tiếp tục quy trình kháng cáo. Thư mà quý vị nhận được từ Tổ chức đánh giá độc lập cho Kháng cáo cấp 2 sẽ nêu chi tiết những người quý vị cần liên hệ và những việc cần làm để yêu cầu Kháng cáo cấp 3.

Kháng cáo cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là phiên điều trần do Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) chủ tọa. Người đưa ra quyết định này là một ALJ hoặc tòa án phán xét làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc tòa án phán xét đưa ra quyết định **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị thì chúng tôi có quyền yêu cầu Kháng cáo cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao của yêu cầu Kháng cáo cấp 4 kèm theo bất kỳ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định Kháng cáo cấp 4 trước khi phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định này, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ trong vòng 60 ngày sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc thẩm phán xét xử.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán xét xử **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thì quy trình xử lý yêu cầu kháng cáo có thể vẫn sẽ tiếp diễn.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo 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 cáo cấp 4.

Kháng cáo cấp 4

Hội đồng kháng cáo Medicare sẽ xem xét kháng cáo và trả lời quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng quyết định **Đồng ý** với Kháng cáo cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét quyết định Kháng cáo cấp 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền Kháng cáo cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định này, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định này, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.

Nếu Hội đồng quyết định **Không đồng ý** hoặc từ chối yêu cầu xem xét của chúng tôi, quy trình kháng cáo có thể vẫn tiếp tục.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo 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 cáo cấp 5 và những việc cần phải làm.

Kháng cáo cấp 5

Thẩm phán tại tòa án địa phương liên bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và tất cả các thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Không đồng ý**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có mức kháng cáo nào khác ngoài Tòa án liên bang.

J2. Kháng cáo Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có các quyền kháng cáo khác nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc các vật phẩm mà Medi-Cal thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Phiên điều trần cấp tiểu bang và quý vị muốn có một thẩm phán khác xem xét lại, quý vị có thể yêu cầu một phiên tái điều trần và/hoặc tòa án đánh giá. Để yêu cầu tái điều trần, hãy gửi một đơn yêu cầu bằng văn bản (một bức thư) tới:

The Rehearing Unit:
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Phải gửi thư này trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định. Thời hạn này có thể kéo dài đến 180 ngày nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn.

Trong yêu cầu tái điều trần của quý vị, hãy ghi rõ ngày quý vị nhận được quyết định và lý do tại sao quý vị cần có một phiên tái điều trần. Nếu quý vị muốn xuất trình bằng chứng bổ sung, hãy mô tả bằng chứng bổ sung và giải thích lý do bằng chứng này đã không được đưa ra trước đây và bằng chứng này sẽ thay đổi quyết định như thế nào. Quý vị có thể liên hệ các dịch vụ pháp lý để được hỗ trợ.

Để yêu cầu tòa án đánh giá, quý vị phải nộp đơn thỉnh cầu lên Tòa Thượng thẩm (theo Bộ Luật Tố tụng Dân sự Mục 1094.5) trong vòng một năm sau khi nhận được quyết định. Nộp đơn thỉnh cầu của quý vị lên Tòa Thượng thẩm của hạt có tên trong quyết định của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn thỉnh cầu này mà không cần yêu cầu tái điều trần. Nộp đơn không mất phí. Quý vị có thể nộp phí luật sư và các chi phí hợp lý nếu Tòa án đưa ra quyết định cuối cùng có lợi cho quý vị.

Nếu phiên tái điều trần được xét xử và quý vị không đồng ý với quyết định của phiên tái điều trần, quý vị có thể xin tòa án đánh giá nhưng không thể yêu cầu một phiên tái điều trần khác.

J3. Các cấp kháng cáo 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị thực hiện Kháng cáo cấp 1 và Kháng cáo cấp 2; và cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng một số tiền nhất định, quý vị có thể tiếp tục thực hiện các cấp kháng cáo khác. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được cho Kháng cáo cấp 2 có ghi rõ đơn vị quý vị cần liên hệ và việc cần làm để yêu cầu Kháng cáo cấp 3.

Kháng cáo cấp 3
Cấp 3 của quy trình kháng cáo là phiên điều trần do Thẩm phán Luật hành chính (ALJ) chủ tọa. Người đưa ra quyết định này là một ALJ hoặc thẩm phán xét xử đang làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán xét xử **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Quy trình kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng cáo nhanh) 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 cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo có thể không được hoàn thành.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quý vị có thể tiếp tục thực hiện cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho Kháng cáo cấp 4.

Kháng cáo cấp 4

Hội đồng kháng cáo Medicare sẽ xem xét và trả lời kháng cáo của quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Quy trình kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thực hiện thanh toán không quá 30 ngày theo lịch sau khi có quyết định.

Nếu Hội đồng **Từ chối** kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo có thể không được hoàn thành.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quý vị có thể tiếp tục thực hiện cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết nếu quý vị có thể tiếp tục thực hiện Kháng cáo cấp 5 và những việc cần làm.

Kháng cáo cấp 5

Thẩm phán tại Tòa án quận thuộc liên bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có mức kháng cáo nào khác ngoài Tòa án quận thuộc liên bang.

K. Cách khiếu nại

K1. Nên khiếu nại về những loại vấn đề nào

Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề, chẳng hạn như các vấn đề liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian đợi, điều phối dịch vụ chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Sau đây là các ví dụ về các loại vấn đề được quy trình khiếu nại xử lý.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được ở bệnh viện.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng có người đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bảo mật về quý vị.
Hành vi không tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hoặc không tôn trọng 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 với các dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe trong phòng khám của 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 và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, 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 phòng mạch của bác sĩ không sạch sẽ.
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Quý vị cho rằng chúng tôi đã không thông báo hoặc gửi thư cho quý vị mà đáng lẽ quý vị cần phải nhận được. • Quý vị cho rằng các thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.
Tính kịp thời liên quan đến quyết định bao trả hoặc kháng cáo	• Quý vị tin rằng chúng tôi không theo đúng kỳ hạn đưa ra quyết định bao trả hoặc trả lời kháng cáo của quý vị. • Quý vị cho rằng sau khi nhận được khoản bao trả hoặc quyết định kháng cáo có lợi cho quý vị, chúng tôi không theo đúng các thời hạn chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn lại cho quý vị chi phí cho một số dịch vụ y tế. • Quý vị không cho rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức đánh giá độc lập đúng thời hạn.

Có nhiều loại khiếu nại khác nhau. Quý vị có thể gửi khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Một khiếu nại nội bộ được nộp và được đánh giá bởi chương trình của chúng tôi. Một khiếu nại bên ngoài được nộp và được đánh giá bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần trợ giúp thực hiện khiếu nại bên trong và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng – 8 giờ tối, giờ địa phương.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho "than phiền" là "**khiếu nại**".
>
> **Thuật ngữ pháp lý** cho "làm đơn than phiền" là "**nộp đơn khiếu nại**".

K2. Khiếu nại nội bộ

Nếu quý vị muốn thực hiện khiếu nại nội bộ, hãy 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, giờ địa phương. Quý vị có thể nộp khiếu nại bất kỳ lúc nào trừ khi khiếu nại liên quan đến thuốc Phần D. Nếu khiếu nại liên quan đến thuốc Phần D, quý vị phải nộp khiếu nại **trong vòng 60 ngày** theo lịch sau khi quý vị có vấn đề muốn khiếu nại.

- Nếu có bất cứ vấn đề gì khác quý vị cần phải làm thì bộ phận Dịch vụ thành viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Chúng tôi sẽ nhanh chóng trả lời khiếu nại của quý vị nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu và không quá 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại. Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại, chúng tôi sẽ gửi một lá thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị để thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được kháng cáo. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi sẽ gọi cho quý vị hoặc gửi thư để trả lời. Nếu quý vị gửi thư cho chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi thư để trả lời. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số (800) 665-0898, TTY: 711, 7 ngày một tuần, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, giờ địa phương; hoặc gửi thư cho chúng tôi theo địa chỉ Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances,PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho "than phiền khẩn" là "**khiếu nại nhanh**".

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị khiếu nại qua điện thoại, chúng tôi có thể trả lời quý vị ngay trong cuộc gọi điện thoại. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị bắt buộc chúng tôi trả lời nhanh, chúng tôi sẽ làm như vậy.

- Chúng tôi phản hồi 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 cáo 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 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. Mẫu đơn khiếu nại Medicare có sẵn tại: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Quý vị không cần phải nộp đơn khiếu nại với Molina Medicare Complete Care Plus trước khi nộp đơn khiếu nại với Medicare.

Medicare xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu có bất kỳ thông tin phản hồi hoặc lo ngại khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình chăm sóc 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 đến số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể gửi khiếu nại đến Phòng thanh tra của Dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal thuộc Cơ quan Dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Department of Health Care Services - DHCS) tại California 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 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều.

Quý vị có thể gửi khiếu nại với sự trợ giúp từ Trung tâm hỗ trợ tại California Department of Managed Health Care (DMHC). DMHC chịu trách nhiệm điều phối các chương trình chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến Trung tâm trợ giúp DMHC để được giúp đỡ cho các khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. Quý vị có thể liên hệ với DMHC nếu cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc vấn đề có mối đe dọa nghiêm trọng và trực tiếp đến sức khỏe của quý vị, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về khiếu nại của quý vị hoặc chương trình chưa giải quyết khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Trung tâm trợ giúp:

- Hãy gọi số 1-888- 466-2219. Những người bị khiếm thính, lãng tai, hoặc có vấn đề về nói có thể sử dụng số TTY miễn phí, 1-877-688-9891. Cuộc gọi này miễn phí.
- Truy cập trang web của Sở Chăm sóc sức khỏe có quản lý (www.dmhc.ca.gov).

Văn phòng dân quyền

Quý vị có thể gửi khiếu nại tới Văn phòng dân quyền, Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh nếu cho rằng quý vị chưa được đối xử công bằng. Ví dụ, quý vị có thể gửi khiếu nại về việc không thể tiếp cận hoặc không có trợ giúp về ngôn ngữ. Số điện thoại của Văn phòng dân quyền 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 Văn phòng dân quyền tại địa phương của quý vị tại địa chỉ:
(877) 588-1123,
thứ Hai - thứ Sáu: 9:00 giờ sáng - 5:00 giờ chiều (giờ địa phương), có sẵn thư thoại 24 giờ.
TTY:(855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

Quý vị còn có thể có quyền theo Americans with Disability Act (Luật dành cho người Mỹ khuyết tật) và theo bất kỳ luật áp dụng nào của tiểu bang. Quý vị có thể liên hệ.

Tổ chức cải thiện chất lượng

Khi khiếu nại của quý vị là về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị có hai tùy chọn:

- Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc trực tiếp cho Tổ chức cải thiện chất lượng.
- Quý vị có thể khiếu nại với Tổ chức cải thiện chất lượng và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại với Tổ chức cải thiện chất lượng, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

Tổ chức cải thiện chất lượng là nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về Tổ chức cải thiện chất lượng, hãy tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Ở California, Tổ chức cải thiện chất lượng được gọi là Livanta. Số điện thoại của Livanta là (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668.

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 của mình trong chương trình của chúng tôi 216
B. Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 217
C. Cách nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal 217
C1. Dịch vụ Medicare của quý vị 217
C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị 219
D. Cách nhận dịch vụ y tế và thuốc cho đến khi tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc 219
E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt 220
F. Các nguyên tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 221
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 221

A. Thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi

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

- 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, khi:

- Quý vị 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.

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 bao trả của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (ngày 1 tháng 2 trong ví dụ này).

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

- Các tùy chọn của Medicare trong bảng trong **Phần C1**
- Dịch vụ Medi-Cal trong **Phần C**

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách thành viên khi gọi:

- Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang.
- 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.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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/HICAP/.
- Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-8000-430-7077.

- 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 8:00 giờ sáng đến 5:00 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. Xem **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

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

Quý vị có các lựa chọn sau nếu quý vị muốn rời chương trình của chúng tôi:

- Gọi cho Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077; HOẶC
- Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) nên gọi đến số 1-877-486-2048. Khi gọi đến số 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể đăng ký một chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc khác của Medicare. Để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ Medicare khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy xem trong bảng dưới đây.
- Phần C dưới đây bao gồm các bước quý vị có thể thực hiện để đăng ký chương trình khác, đồng thời kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.
- Trừ khi quý vị đã chuyển ra khỏi hạt của mình, tư cách thành viên Medi-Cal của quý vị sẽ vẫn được tiếp tục với Molina Medicare Complete Care Plus.

C. Cách nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal

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 bên dưới. 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: **Một chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác**	**Sau đây là những việc cần làm:** 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. Đối với các câu hỏi về PACE, vui lòng gọi số 1-855-921-PACE (7223). 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/HICAP/. **HOẶC** Đăng ký vào chương trình mới của Medicare. Quý vị sẽ được tự động hủy đăng ký khỏi chương trình Medicare khi bảo hiểm trong chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi.
2. Quý vị có thể thay đổi sang: **Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt**	**Sau đây là những việc cần làm:** 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. 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/HICAP/. **HOẶC** Đăng ký vào chương trình thuốc theo toa mới của Medicare. Quý vị tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

3. Quý vị có thể thay đổi sang: **Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa của Medicare riêng biệt** **LƯU Ý**: Nếu quý vị chuyển tới Original Medicare và không đăng ký vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng, Medicare có thể sẽ đăng ký cho quý vị một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc 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 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, 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/.	**Sau đây là những việc cần làm:** 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. 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/HICAP/. Quý vị tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có câu hỏi về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 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.

D. Cách nhận dịch vụ y tế và thuốc cho đến khi tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, có thể mất một khoảng thời gian trước khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này,

quý vị vẫn tiếp tục sử dụng thuốc theo toa và dịch vụ chăm sóc sức khỏe qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm thông qua các dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi để lấy thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách thành viên trong chương trình Molina Medicare Complete Care Plus kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho việc nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị ra viện.

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

Đây là những trường hợp khi chúng tôi phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu có sự gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện cho Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi chỉ dành cho những người đủ điều kiện tham gia Medicare và Medi-Cal.
- Nếu quý vị chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi quá 6 tháng.
  - Nếu quý vị chuyển đi hoặc đi du lịch dài ngày, gọi 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.
- Nếu quý vị phải vào trại giam hoặc đi tù vì một hành vi phạm tội.
- Nếu quý vị nói dối về thông tin hoặc từ chối thông tin về bảo hiểm khác về thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị không phải công dân Hoa Kỳ hoặc không sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.
  - Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ để trở thành thành viên chương trình của chúng tôi.
  - Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid 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 đăng ký cho quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Chúng tôi chỉ có thể chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình vì những lý do sau đây sau khi nhận được sự cho phép từ Medicare và Medi-Cal:

- Nếu quý vị chủ ý cung cấp thông tin không chính xác cho chúng tôi khi đăng ký tham gia chương trình và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của quý vị trong chương trình.
- Nếu quý vị liên tục có hành vi gây gián đoạn và khiến chúng tôi gặp khó khăn khi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị và các thành viên khác trong chương trình.
- Nếu quý vị để người khác sử dụng thẻ ID chương trình của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng thanh tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị vì lý do này.)

F. Các nguyên tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không được yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

G. Quyền khiếu nại của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo lý do cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể gửi 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.

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 các điều luật 223
B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử 223
C. Thông báo về Medicare với tư cách là đơn vị thanh toán thứ hai và Medi-Cal với tư cách là đơn vị thanh toán cuối cùng 224

A. Thông báo về các điều 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 việc không phân biệt đối xử

Mọi công ty hoặc tổ chức hợp tác với Medicare và Medi-Cal phải tuân thủ pháp luật bảo vệ quý vị khỏi bị kỳ thị hoặc đối xử bất công. Chúng tôi không phân biệt đối xử với quý vị vì độ tuổi, lịch sử yêu cầu bồi thường, màu da, dân tộc, chứng thực về khả năng được bảo hiểm, giới, thông tin di truyền, vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ, tình trạng sức khỏe, bệnh sử, khuyết tật tâm thần hoặc thể chất, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo, giới tính hoặc khuynh hướng tình dục. 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 dân tộc, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có lo ngại về việc bị kỳ thị hoặc đối xử bất công:

- Hãy gọi đến Văn phòng Dân quyền, Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi đến số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.
- Hãy gọi đến Văn phòng Dân quyền, Bộ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Điền vào mẫu đơn 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
  Mẫu đơn khiếu nại có tại:

  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn gửi khiếu nại về vấn đề kỳ thị, hãy liên hệ với Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627 TTY: 711.

Nếu khiếu nại của quý vị là về phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại đến Văn phòng Dân quyền, Bộ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, qua điện thoại, bằng văn bản hoặc phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi đến số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu đơn 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

Mẫu đơn khiếu nại có tại dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Nếu quý vị có 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 về vấn đề về lối ra vào cho xe lăn, bộ phận Dịch vụ thành viên có thể trợ giúp.

C. Thông báo về Medicare với tư cách là đơn vị thanh toán thứ hai và Medi-Cal với tư cách 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 bao trả 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.

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.

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 cáo: Cách quý vị yêu cầu xem xét lại hành động của chúng tôi nếu cho rằng chúng tôi đã có sai sót. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng cáo. Chương 9 giải thích về kháng cáo, bao gồm cách kháng cáo.

Sức khỏe hành vi: Một thuật ngữ chung chỉ sức khỏe tâm thần và các rối loạn do sử dụng chất kích thích.

Thuốc chính hiệu: Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty đã sản xuất ra thuốc đó đầu tiên. Thuốc chính hiệu có cùng thành phần với các phiên bản thuốc gốc. Các thuốc gốc thường do công ty thuốc khác sản xuất và bán.

Chương trình chăm sóc: Tham khảo “Chương trình chăm sóc dành cho cá nhân”.

Dịch vụ tùy chọn của chương trình chăm sóc (Dịch vụ CPO): Dịch vụ bổ sung tùy chọn theo Chương trình chăm sóc dành cho cá nhân (ICP) của quý vị. Những dịch vụ này không có mục đích thay thế các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị mà quý vị có quyền được nhận trong Medi-Cal.

Nhóm chăm sóc: Tham khảo “Nhóm chăm sóc đa khoa”.

Người quản lý hồ sơ: Nhân viên Molina làm việc với quý vị, chương trình chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết.

Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Một giai đoạn trong phúc lợi thuốc Phần D mà tại đó, chương trình của chúng tôi thanh toán tất cả chi phí thuốc của quý vị cho đến cuối năm. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi đạt đến giới hạn $7,400.00 cho thuốc theo toa của quý vị.

Trung tâm dịch vụ Medicare & Medicaid (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 tại cộng đồng dành cho người lớn (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, tập huấn 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 quan ngại về dịch vụ hoặc việc chăm sóc được bao trả của mình. Điều này bao gồm bất kỳ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc, các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức cho "nộp đơn than phiền" là "nộp đơn khiếu nại".

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 điều trị bệnh, tai nạn hoặc đại phẫu. Cung cấp nhiều loại hình dịch vụ trong đó có vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp cơ năng, liệu pháp ngôn ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường nhà ở.

Quyết định bao trả: Một quyết định về những phúc lợi nào chúng tôi sẽ bao trả. Quyết định này bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được bao trả hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

Thuốc được bao trả: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các thuốc theo toa và không theo toa (OTC) mà chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch vụ được bao trả: Thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc theo toa và không theo toa, thiết bị và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi bao trả.

Đào tạo năng lực văn hóa: Khóa đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, giúp họ hiểu rõ hơn về lai lịch, giá trị và tín ngưỡng của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ cho phù hợp với nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe (DHCS): Cơ quan của tiểu bang California quản lý Chương trình Medicaid được gọi là Medi-Cal.

Cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý (DMHC): Cơ quan của tiểu bang California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình chăm sóc sức khoẻ. DMHC giúp mọi người kháng cáo và khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Đánh giá y khoa độc lập (IMR).

Hủy đăng ký: Quy trình chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy đăng ký có thể là tự nguyện (theo sự lựa chọn của quý vị) hoặc bắt buộc (không theo sự lựa chọn của quý vị).

Các bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, thuốc chính hiệu hoặc thuốc không kê toa (OTC) là ví dụ về các bậc thuốc. Mọi thuốc có trong Danh sách thuốc đều thuộc một trong năm (5) bậc.

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 là xe lăn, nạng, hệ thống đệm có động cơ, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà, bơm tiêm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị cấp oxy và vật tư, 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 đó có thể là một chấn thương nghiêm trọng hoặc một cơn đau dữ dội.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp được đào tạo để 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 bao trả cho một loại thuốc mà thông thường không được bao trả hoặc để sử dụng thuốc mà không áp dụng một số quy tắc và giới hạn.

Trợ giúp bổ sung: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm bớt chi phí thuốc kê toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Trợ giúp bổ sung còn được gọi là “Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp” hoặc “LIS”.

Thuốc gốc: Thuốc theo toa được chính phủ liên bang chấp thuận sử dụng thay cho thuốc chính hiệu. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc chính hiệu. Thuốc gốc thường rẻ hơn và có công dụng như thuốc chính hiệu.

Khiếu nại: 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. Khiếu nại bao gồm việc phàn nàn về chất lượng chăm sóc hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị cung cấp.

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ bảo hiểm y tế (HICAP): Chương trình cung cấp thông tin miễn phí và khách quan cũng như tư vấn về Medicare. **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ có cách liên hệ với HICAP.

Chương trình chăm sóc sức khỏe: Tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp
dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình này cũng có những Người quản lý hồ sơ để giúp quý vị quản lý tất cả nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Tất cả họ đều làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Đánh giá rủi ro sức khỏe: Đánh giá tiền sử bệnh lý và tình trạng 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.

Nhân viên trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia: Một người cung cấp các dịch vụ không cần đến các kỹ năng của một y tá có chứng chỉ hành nghề hoặc các chuyên gia trị liệu, như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập đã được chỉ định). Người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà không cần có bằng y tá điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp trị liệu.

Chăm sóc cuối đời: Chương trình chăm sóc và hỗ trợ giúp những người có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối sinh hoạt thoải mái. Tiên lượng bệnh giai đoạn cuối nghĩa là người mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ có thể sống được không quá 6 tháng.

- Người đăng ký có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một nhóm các chuyên gia và điều dưỡng đã được đào tạo đặc biệt sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cho một cá nhân, bao gồm các nhu cầu về thể chất, tinh thần, xã hội và tâm linh.
- 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: Tình huống này 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 chương trình 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. Nhà cung cấp không được tính hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.

Đánh giá y khoa độc lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu dịch vụ y tế hoặc điều trị, quý vị có thể kháng cáo. Nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về dịch vụ Medi-Cal, bao gồm thuốc và vật tư DME, quý vị có thể yêu cầu Cơ quan chăm sóc sức khỏe có quản lý của tiểu bang California thực hiện IMR. IMR là đánh giá hồ sơ của quý vị do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu IMR được quyết định là ủng hộ quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc trị liệu quý vị yêu cầu. Quý vị không phải chi trả cho IMR.

Hiệp hội bác sĩ độc lập (IPA): IPA là một công ty ký hợp đồng với Molina Medicare Complete Care Plus (HMOD-SNP), sắp xếp một nhóm bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác để thăm khám cho các Thành viên của Molina Medicare Complete Care Plus. Bác sĩ của quý vị, cùng với IPA, sẽ xử lý tất cả nhu cầu y tế của quý vị. Điều này bao gồm việc nhận sự cho phép, nếu được yêu cầu, để gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ y tế như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp x quang và các dịch vụ bệnh viện nội trú và ngoại trú.

Kế hoạch chăm sóc cá nhân (ICP hay Kế hoạch chăm sóc): Kế hoạch chăm sóc bao gồm mối quan tâm chính, mục tiêu, nhu cầu và dịch vụ về sức khỏe mà quý vị có thể cần. Kế hoạch của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi cũng như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

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 đa khoa (ICT hoặc Nhóm chăm sóc): Nhóm chăm sóc có thể bao gồm Bác sĩ chăm sóc chính, Người quản lý hồ sơ của quý vị, có thể bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên khoa khác. Người chăm sóc hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập hoặc cập nhật chương trình chăm sóc sức khỏe.

Danh sách thuốc được bao trả (Danh sách thuốc): Danh sách thuốc theo toa và thuốc không theo toa (OTC) mà chúng tôi bao trả. Chúng tôi sẽ chọn thuốc trong danh sách này với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách thuốc cho quý vị biết có bất cứ quy tắc nào mà quý vị cần tuân theo để nhận được thuốc của mình không. Danh sách thuốc đôi khi còn được gọi là “danh mục thuốc”.

Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn là dịch vụ giúp cải thiện bệnh trạng lâu dài. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị có cơ hội vẫn được ở tại nhà của mình nên quý vị không phải đi đến một nhà điều dưỡng hay bệnh viện. LTSS bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn dựa vào cộng đồng (Community-Based Adult Services - CBAS) và Cơ sở điều dưỡng (Nursing Facilities - NF).

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Tham khảo “Trợ giúp bổ sung”.

Chương trình đặt hàng qua đường bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt hàng qua đường bưu điện để quý vị nhận một lượng thuốc theo toa được bao trả đủ dùng trong 3 tháng được gửi qua bưu điện tới tận nhà của quý vị. Đây có thể là cách tiết kiệm chi phí và thuận tiện để mua thêm thuốc mà quý vị dùng định kỳ.

Medi-Cal: Đây là tên chương trình Medicaid của California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành, được chính quyền tiểu bang và liên bang chi trả.

- Medi-Cal giúp người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế trả tiền cho Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) và chi phí y tế.
- Chương trình này bao trả các dịch vụ và một số thuốc mà Medicare không bao trả.
- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị hội đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid.
- Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thông tin về cách liên hệ với Medi-Cal.

Chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bao trả phúc lợi Medi-Cal, chẳng hạn như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Các phúc lợi của Medicare là riêng biệt.

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 bệnh trạng, 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/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 bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người bị suy thận kinh niên cần được lọc thận hoặc ghép thận). Những người có Medicare có thể nhận bảo hiểm y tế của Medicare thông qua Original Medicare hoặc chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo "Chương trình chăm sóc sức khỏe").

Medicare Advantage: Một chương trình của Medicare, còn gọi là "Medicare Phần C" hoặc "MA", cung cấp các chương trình MA thông qua công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để bao trả phúc lợi Medicare của quý vị.

Dịch vụ được Medicare bao trả: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Tất cả chương trình chăm sóc sức khỏe của Medicare, trong đó có chương trình của chúng tôi, phải bao trả mọi dịch vụ mà Medicare Phần A hoặc Phần B bao trả.

Người đăng ký Medicare-Medi-Cal: Một người có đủ tiêu chuẩn để nhận cả bao hiểm Medicare và Medi-Cal. Người đăng ký Medicare-Medi-Cal cũng được gọi là "người đủ điều kiện kép".

Medicare Phần A: Chương trình Medicare bao trả 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 y tế.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare bao trả các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về y tế để điều trị một bệnh hoặc bệnh trạng. Medicare Phần B cũng bao trả nhiều dịch vụ phòng ngừa và khám 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 Medicare Advantage.

Medicare Phần D: Chương trình phúc lợi thuốc theo toa của Medicare. (Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Phần D".) Phần D bao gồm các loại thuốc theo toa ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A, Phần B hoặc Medi-Cal bao trả. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Các thuốc được bao trả theo Phần D của Medicare. Quốc hội đặc biệt loại trừ một số danh mục thuốc nhất định khỏi phạm vi bảo hiểm theo Phần D. Medi-Cal có thể bao trả một số thuốc trong những loại thuốc này.

Quản lý trị liệu pháp thuốc: 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 kết quả trị liệu tốt nhất cho bệnh nhân. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong Sổ tay thành viên.

Thành viên (thành viên của chương trình chúng tôi, hoặc thành viên chương trình): Một cá nhân tham gia Medicare và Medi-Cal có đủ điều kiện được bao trả các dịch vụ, đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi và đơn đăng ký đã được xác nhận bởi Trung tâm dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang.

Sổ tay thành viên và Tiết lộ thông tin: Tài liệu này, cùng với mẫu đăng ký của quý vị và bất kỳ tập tin đính kèm nào khác, hoặc các phần phụ lục, 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 chương trình của chúng tôi.

Dịch vụ thành viên: Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi, chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc của quý vị về tư cách thành viên, phúc lợi, khiếu nại và kháng cáo. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* để tìm hiểu thêm về bộ phận Dịch vụ thành viên.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý bán thuốc theo toa cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã ký hợp đồng làm việc với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa của quý vị khi mua ở nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: "Nhà cung cấp" là một thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm các bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các nơi khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cho quý vị.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc cấp chứng chỉ hành nghề 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 chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, đồng thời chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí cho thành viên của chúng tôi.
- Khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được các dịch vụ được bao trả. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "nhà cung cấp trong chương trình".

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

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 câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu rõ những việc cần làm. Các dịch vụ của thanh tra được miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** trong *Sổ tay thành viên* của mình.

Quyết định cấp tổ chức: Chương trình đã đưa ra một quyết định cấp tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp của chương trình quyết định các dịch vụ có được bao trả hay không hoặc

số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Quyết định cấp tổ chức được gọi là "quyết định bảo hiểm". **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị sẽ giải thích thêm về quyết định bao trả.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp chương trình Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ được bao trả bằng cách chi trả cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác những khoản tiền được Quốc hội quy định.

- Quý vị có thể đến khám 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: Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare sẵn có ở khắp nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, thì quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Nhà thuốc chưa ký hợp đồng làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho thành viên 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 có hợp đồng cung cấp dịch vụ được bao trả cho thành viên 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 tiền sử bệnh lý. Tham khảo Thông báo về Phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cũng như các quyền của quý vị liên quan đến PHI của mình.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị gặp trước tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Họ đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị đến gặp họ.
- Trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của Medicare, quý vị phải đến khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trước khi gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

- Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về việc nhận được sự chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Sự cho phép trước: Yêu cầu dịch vụ do PCP của quý vị gửi để nhận chấp thuận hoặc cho phép cho một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc gặp nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi có thể không bao trả cho dịch vụ hoặc loại thuốc đó nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác của quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước từ chương trình của chúng tôi sẽ được đánh dấu trong **Chương 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả một số loại thuốc nếu quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Thuốc được bao trả cần sự cho phép trước từ chương trình của chúng tôi sẽ được đánh dấu trong Danh sách thuốc được bao trả.

Chương trình chăm sóc toàn diện dành cho người lớn tuổi (PACE): Chương trình bao trả các phúc lợi của cả Medicare và Medi-Cal cho những người từ 55 tuổi trở lên cần mức độ chăm sóc cao hơn tại nhà.

Chi 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 đặt hàng. những mục này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, thanh giằng 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.

Tổ chức cải thiện 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 phủ liên bang sẽ chi trả cho QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân. Xem **Chương 2** trong *Sổ tay thành viên* để biết thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Một mức giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi sẽ giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả trên mỗi loại thuốc theo toa.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là phê duyệt của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) 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 bao trả cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để đến khám với một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, ví dụ như các bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu theo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

Các dịch vụ phục hồi chức năng: 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 biết thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Các dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, lập kế hoạch gia đình, bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn sử dụng chất kích thích, chăm sóc xác định giới tính và bạo lực bạn tình.

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi một chương trình chăm sóc sức khỏe chấp nhận thành viên nếu chương trình giới hạn tư cách thành viên dựa trên địa điểm họ sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện quý vị có thể sử dụng, đó cũng thường là khu vực mà quý vị có thể nhận được các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Chương trình chỉ dành cho những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi.

Chia sẻ chi phí: Phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể phải thanh toán mỗi tháng trước khi phúc lợi của quý vị có hiệu lực. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị thay đổi tùy thuộc vào thu nhập và nguồn lực của quý vị.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và trang thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn cũng như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan khác.

Chăm sóc 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. Những ví dụ về cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) mà một y tá có đăng ký hoặc một bác sĩ có thể cung cấp.

Bác sĩ chuyên khoa: Một bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể.

Nhà thuốc chuyên biệt: Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên biệt.

Phiên điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, quý vị có quyền yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang. Nếu Phiên điều trần cấp tiểu bang đưa ra quyết định ủng hộ cho quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị yêu cầu.

Liệu pháp từng bước: Một quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi cung cấp loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu.

Thu nhập an sinh bổ sung (SSI): Phúc lợi hàng tháng do An sinh xã hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế và mắc khuyết tật, khiếm thị hoặc từ 65 tuổi trở lên. Phúc lợi SSI không giống với phúc lợi An sinh xã hội. SSI tự động cung cấp bảo hiểm Medi-Cal.

Chăm sóc khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được đối với bệnh, chấn thương hoặc bệnh 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 nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi không có nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quý vị không thể tiếp cận họ.

Phương pháp	Thông tin liên hệ
GỌI	(855) 665-4627 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương Bộ phận Dịch vụ Thành viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những 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/nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí.
FAX	Đối với các Dịch vụ Y tế: Attn: Medicare Member Services Đối với các Dịch vụ (Rx) Phần D: Fax: (866) 290-1309
VIẾT THƯ	**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