



01 tháng 1 – 31 tháng 12, 2026

Chứng từ Bảo hiểm (EOC) cho 2026:

Quyền lợi và Dịch vụ Y tế Medicare và Bảo hiểm Thuốc của quý vị với tư cách là Hội Viên của Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Tài liệu này cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm y tế và bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy lưu giữ ở nơi an toàn.**

Tài liệu này nêu các quyền lợi và quyền của quý vị. Hãy sử dụng tài liệu này để hiểu:

- Phí bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong chương trình của chúng tôi
- Quyền lợi về y tế và thuốc theo toa của quý vị
- Cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc việc điều trị
- Cách liên hệ với chúng tôi
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare

Nếu có thắc mắc về tài liệu này, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Giờ là Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Cuộc gọi này được miễn phí.

Chương trình này, Clever Care Total+, được cung cấp bởi Clever Care Health Plan, Inc.. (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* này đề cập tới “chúng tôi”, “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi”, điều đó có nghĩa là Clever Care Health Plan, Inc.. Khi nhắc tới “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi”, có nghĩa là Clever Care Total+.)

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

Thông tin này cũng có sẵn ở các định dạng khác, bao gồm cả bản in cỡ chữ lớn, bản thu âm hoặc các định dạng thay thế khác nếu quý vị cần. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội viên theo số điện thoại được nêu ở trên nếu quý vị cần thông tin về chương trình ở định dạng khác.

Các quyền lợi, phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.

Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị trước ít nhất 30 ngày.

H7607_26_CM1319_C 10302025

Nội dung

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên.....	4
PHẦN 1 Quý vị là hội viên của Clever Care Total+.....	4
PHẦN 2 Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện.....	5
PHẦN 3 Tài liệu quan trọng về hội viên	6
PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho Clever Care Total+.....	8
PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.....	12
PHẦN 6 Luôn cập nhật chương trình của chúng tôi hồ sơ hội viên.....	14
PHẦN 7 Cách thức phối hợp các bảo hiểm khác với chương trình của chúng tôi.....	15
CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ.....	17
PHẦN 1 liên hệ Clever Care Total+	17
PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare.....	21
PHẦN 3 Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP).....	22
PHẦN 4 Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO).....	23
PHẦN 5 An sinh Xã hội.....	24
PHẦN 6 Medicaid	25
PHẦN 7 Các chương trình giúp chi trả thuốc theo toa.....	26
PHẦN 8 Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB).....	28
PHẦN 9 Nếu quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở.....	29
CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị.....	30
PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi.....	30
PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.....	32
PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị có nhu cầu cấp cứu, thảm họa, hoặc chăm sóc khẩn cấp.....	35
PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bao trả thì sao?.....	38
PHẦN 5 Dịch vụ y tế trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	38
PHẦN 6 Các quy tắc để nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.....	40
PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền.....	41
CHƯƠNG 4: Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả).....	43
PHẦN 1 Hiểu về chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ được bao trả.....	43
PHẦN 2 Bảng Quyền lợi Y tế cho thấy các phúc lợi và chi phí y tế của quý vị.....	45
PHẦN 3 Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (trường hợp loại trừ).....	96

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D.....	99
PHẦN 1	Các quy tắc cơ bản về bảo hiểm thuốc Phần D chương trình của chúng tôi... 99
PHẦN 2	Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình.....99
PHẦN 3	Thuốc của quý vị phải có trong Danh Sách Thuốc của chương trình..... 103
PHẦN 4	Thuốc có hạn chế về bao trả..... 105
PHẦN 5	Quý vị có thể làm gì nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn..... 106
PHẦN 6	Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm..... 108
PHẦN 7	Các loại thuốc chúng tôi không bao trả.....110
PHẦN 8	Cách mua thuốc theo toa..... 112
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong các trường hợp đặc biệt..... 112
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc..... 114
CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D.....	116
PHẦN 1	Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D.....116
PHẦN 2	Các giai đoạn thanh toán thuốc cho hội viên Clever Care Total+.....118
PHẦN 3	<i>Giải thích Quyền lợi Phần D (EOB)</i> cung cấp thông tin về việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào..... 118
PHẦN 4	Giai đoạn Khấu trừ.....120
PHẦN 5	Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu..... 120
PHẦN 6	Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương..... 124
PHẦN 7	Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin Phần D..... 125
CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả.....	127
PHẦN 1	Các trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả..... 127
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được.....129
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và phê duyệt hoặc từ chối..... 130
CHƯƠNG 8: Quyền và Trách nhiệm của Hội viên.....	131
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và các vấn đề nhạy cảm về văn hóa của quý vị..... 131
PHẦN 2	Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi.146
CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại).....	148
PHẦN 1	Quý vị cần làm gì nếu gặp vấn đề hoặc quan ngại.....148
PHẦN 2	Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân.....148
PHẦN 3	Quy trình sử dụng cho vấn đề của quý vị..... 149
PHẦN 4	Hướng dẫn những điều cơ bản về quyết định bao trả và kháng nghị..... 149
PHẦN 5	Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị.....152

Nội dung

PHẦN 6	Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị.....	160
PHẦN 7	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm.....	170
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng việc bao trả của quý vị kết thúc quá sớm.....	174
PHẦN 9	Nộp đơn kháng nghị Cấp độ 3, 4, 5 và cao hơn.....	178
PHẦN 10	Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác.....	181
CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.....		184
PHẦN 1	Chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi.....	184
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?.....	184
PHẦN 3	Cách quý vị chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi.....	187
PHẦN 4	Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị phải tiếp tục nhận các thiết bị y tế, dịch vụ và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi.....	187
PHẦN 5	Clever Care Total+ phải chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi trong những tình huống nhất định.....	188
CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý.....		190
PHẦN 1	Thông báo về luật điều chỉnh.....	190
PHẦN 2	Thông báo về không phân biệt đối xử.....	190
PHẦN 3	Thông báo về quyền thế quyền của Bên trả tiền Thứ hai của Medicare	190
PHẦN 4	Thu hồi tiền trả thừa.....	191
PHẦN 5	Báo cáo Hành vi Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng	191
PHẦN 6	Thông báo về Manifest MedEx để giúp điều phối các Thông tin Sức khỏe Quan trọng.....	192
CHƯƠNG 12: Định nghĩa.....		194

CHƯƠNG 1:

Bắt đầu với tư cách là hội viên

PHẦN 1 Quý vị là hội viên của Clever Care Total+

Phần 1.1 Quý vị mới ghi danh vào Clever Care Total+, một Chương trình Medicare Advantage đặc biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt)

Quý vị được Medicare bao trả, và quý vị đã chọn nhận bảo hiểm y tế và bảo hiểm thuốc Medicare qua Clever Care Total+.

Clever Care Total+ là một Chương trình Medicare Advantage HMO (HMO là viết tắt của Health Maintenance Organization) được Medicare phê duyệt và được điều hành bởi một công ty tư nhân.

Clever Care Total+ là một Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare), có nghĩa là các quyền lợi của chương trình được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Clever Care Total+ được thiết kế để cung cấp các quyền lợi sức khỏe bổ sung đặc biệt giúp những người mắc rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính, hoặc tiểu đường.

Chương trình của chúng tôi bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên điều trị rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính, hoặc tiểu đường. Chương trình cũng bao gồm các chương trình bảo hiểm y tế được thiết kế để phục vụ các nhu cầu đặc biệt của những người mắc những tình trạng này. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi bao gồm các loại thuốc theo toa để điều trị hầu hết các bệnh, kể cả các loại thuốc thường được sử dụng để điều trị rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính, hoặc tiểu đường. Là một hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được các quyền lợi đặc biệt phù hợp với bệnh tình của mình và được điều phối tất cả các dịch vụ chăm sóc thông qua chương trình của chúng tôi.

Phần 1.2 Thông tin pháp lý về *Chứng từ Bảo hiểm*

Chứng từ Bảo hiểm này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách Clever Care Total+ bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm mẫu đơn ghi danh, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*, và bất kỳ thông báo nào quý vị nhận được từ chúng tôi về những thay đổi đối với khoản bao trả hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến khoản bao trả của quý vị. Các thông báo này đôi khi được gọi là điều khoản riêng hoặc sửa đổi.

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng mà quý vị tham gia Clever Care Total+ trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2026 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Medicare cho phép chúng tôi thay đổi các chương trình của chúng tôi mà chúng tôi cung cấp mỗi năm dương lịch. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi các khoản chi phí và quyền lợi của Clever Care Total+ sau ngày 31 tháng 12 năm 2026. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp chương trình của chúng tôi trong khu vực dịch vụ của quý vị sau ngày 31 tháng 12 2026.

Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) phải phê duyệt Clever Care Total+ hàng năm. Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi miễn là chúng tôi chọn tiếp tục cung cấp chương trình của chúng tôi và Medicare gia hạn phê duyệt chương trình của chúng tôi.

PHẦN 2 Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện

Phần 2.1 Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện

Quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên chương trình của chúng tôi nếu quý vị đáp ứng những điều kiện này:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B
- Quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (được mô tả trong Phần 2.2). Các cá nhân đang ở tù không được coi là sống trong khu vực dịch vụ, ngay cả khi họ thực sự sống ở đó.
- Quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đặc biệt về khả năng hội đủ điều kiện được mô tả dưới đây.

Các yêu cầu đặc biệt về khả năng hội đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng nhu cầu đặc biệt của những người mắc một số căn bệnh nhất định. Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính, hoặc tiểu đường.

Lưu ý: Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi nhưng có thể dự kiến sẽ lấy lại được khả năng hội đủ điều kiện trong vòng hai tháng, sau đó quý khách vẫn đủ điều kiện để trở thành hội viên. Chương 4, Phần 2 cho quý vị biết về khoản bao trả và chia sẻ chi phí trong thời gian được coi là tiếp tục đủ điều kiện.

Phần 2.2 Khu vực dịch vụ của chương trình cho Clever Care Total+

Clever Care Total+ chỉ dành cho những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Để tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Khu vực dịch vụ được mô tả bên dưới.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau ở California: Los Angeles, Orange (Quận Cam), San Bernardino, Riverside, và San Diego.

Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình này. Hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để xem chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị hay không. Khi

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

chuyển nhà, quý vị sẽ có một Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt để chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của Medicare tại nơi ở mới của quý vị.

Điều quan trọng nữa là cần liên hệ với Sở An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Gọi tới Sở An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY xin gọi 1-800-325-0778).

Phần 2.3 Công dân Hoa Kỳ hoặc Cư trú Hợp pháp tại Hoa Kỳ

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ để trở thành hội viên của chương trình bảo hiểm y tế Medicare. Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo Clever Care Total+ nếu quý vị không đủ điều kiện tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi trên cơ sở này. Clever Care Total+ phải hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Tài liệu quan trọng về hội viên**Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của chúng tôi**

Sử dụng thẻ hội viên chương trình của mình bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả và thuốc theo toa mà quý vị nhận tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng nên xuất trình thẻ Medicaid cho nhà cung cấp, nếu quý vị có. Mẫu thẻ hội viên:

 Clever Care HEALTH PLAN		Clever Care Total+ (HMO C-SNP) EFFECTIVE DATE: 01/01/26 PCP EFFECTIVE DATE: 01/01/26	
MEMBER NAME John A. Smith MEMBER ID 000-000-0000 Health Plan (80840)		COPAYMENTS (\$0 if Full Medi-Cal) PCP VISIT: \$0 SPECIALIST VISIT: \$0 URGENT CARE: \$25 ER: \$95	
PCP NAME Brandon Lee MD (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Medical Partners		 Prescription Drug Coverage RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX25AZ H7607 016	
IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER			
MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344		HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA	
PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066		Printed: 01/01/26	

KHÔNG sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương cho các dịch vụ y tế được bao trả trong thời gian quý vị là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ hội viên Clever Care Total+, quý vị có thể phải tự trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia vào các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, còn được gọi là các thử nghiệm lâm sàng.

Nếu thẻ hội viên chương trình của chúng tôi bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ mới.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Phần 3.2 Danh mục Nhà cung cấp

Danh mục Nhà cung cấp (vi.clevercarehealthplan.com/provider) liệt kê các nhà cung cấp dịch vụ hiện tại trong mạng lưới của chúng tôi, và các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có hợp đồng với chúng tôi về việc chấp nhận thanh toán của chúng tôi và các chia sẻ chi phí chương trình là khoản thanh toán đầy đủ.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ và chăm sóc y tế của mình. Nếu quý vị sử dụng các nhà cung cấp khác mà không được sự cho phép phù hợp, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí. Các trường hợp ngoại lệ duy nhất là các trường hợp cấp cứu, các dịch vụ cần khẩn cấp khi không có sẵn dịch vụ trong mạng lưới (nghĩa là trong các tình huống mà việc sử dụng được các dịch vụ trong mạng lưới là không hợp lý hoặc không thể), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp khi Clever Care Total+ cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng.

Nhận danh sách nhà cung cấp và nhà cung ứng cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com/provider.

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà cung cấp*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao (điện tử hoặc dưới dạng giấy) từ Dịch vụ Hội viên tại 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). *Danh mục Nhà cung cấp* bằng giấy được yêu cầu sẽ được gửi qua đường bưu điện cho quý vị trong vòng 3 ngày làm việc.

Phần 3.3 Danh mục Nhà thuốc

Danh mục Nhà thuốc liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Các nhà thuốc trong mạng lưới** là các nhà thuốc đồng ý cung cấp các toa thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Dùng *Danh mục Nhà thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Đi tới Phần 2.4 của Chương 5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao từ Dịch vụ Hội viên tại 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Quý vị cũng có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy.

Phần 3.4 Danh Sách Thuốc (Danh Mục Thuốc)

Chương trình của chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (còn gọi là Danh Sách Thuốc hoặc Danh Mục Thuốc). Nó cho biết loại thuốc theo toa nào được bao trả theo quyền lợi Phần D có trong Clever Care Total+. Các loại thuốc trong danh mục này được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Các loại thuốc có giá thương lượng theo Chương trình Đàm phán Giá Thuốc của Medicare sẽ được đưa vào Danh Sách Thuốc của quý vị trừ khi chúng đã được loại bỏ và thay thế như được mô tả trong Chương 5, Phần 6. Medicare đã phê duyệt Danh Sách Thuốc Clever Care Total+.

Danh Sách Thuốc cũng cho biết có quy tắc nào hạn chế việc bao trả cho một loại thuốc hay không.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao Danh Sách Thuốc. Để biết thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về loại thuốc nào được bao trả, hãy truy cập vi.clevercarehealthplan.com/druglist hoặc gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho Clever Care Total+

Chi phí	2026 (năm tới)
Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình*	\$0
* Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn hoặc thấp hơn số tiền này. Đi tới Phần 4.1 để biết chi tiết.	
Tiền khấu trừ	\$0
	Tuy nhiên, chương trình này áp dụng tiền khấu trừ cho một số dịch vụ bệnh viện, dịch vụ y tế, và thuốc theo toa Phần D.
Số tiền xuất túi tối đa	\$9,250
Đây là số tiền <u>nhiều nhất</u> quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả. (Đi tới Phần 1 để biết chi tiết.)	
Thăm khám tại văn phòng chăm sóc chính	\$0 mỗi lần thăm khám
Thăm khám tại phòng khám bác sĩ chuyên khoa	\$0 mỗi lần thăm khám
Nằm viện nội trú	Tiền khấu trừ: \$1,736 \$0 mỗi ngày cho các ngày 1-60 và từ ngày 91 trở đi, \$434 mỗi ngày cho các ngày 61-90, cho mỗi giai đoạn thụ hưởng quyền lợi
Tiền khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D Đi tới Phần 4 để biết chi tiết.)	Tiền khấu trừ: \$615 ngoại trừ các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Chi phí	2026 (năm tới)
Bảo hiểm thuốc Phần D (Đi tới Chương 6 để biết chi tiết, bao gồm Tiền khấu trừ Hàng năm, Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.)	Đồng thanh toán /Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu: - Thuốc Bậc 1: \$0 - Thuốc Bậc 2: 10% - Thuốc Bậc 3: 25% Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho lượng dùng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này. - Thuốc Bậc 4: 25% Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho lượng dùng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này. - Thuốc Bậc 5: 25% Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho lượng dùng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này. - Thuốc Bậc 6: \$0 Bảo Hiểm Tai Ương: Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải thanh toán cho các loại thuốc Phần D được đài thọ và cho các loại thuốc bị loại trừ được đài thọ theo quyền lợi nâng cao của chúng tôi.

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

- Phí bảo hiểm của Chương Trình (Phần 4.1)
- Phí bảo hiểm Medicare Phần B hàng tháng (Mục 4.2)
- Phạt ghi danh trễ Phần D (Mục 4.3)
- Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập (Mục 4.4)
- Số tiền theo Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare (Phần 4.5)

Phần 4.1 **Phí bảo hiểm của chương trình**

Quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho Clever Care Total+.

Nếu quý vị đã nhận trợ giúp từ một trong các chương trình này, **thông tin về phí bảo hiểm trong Chứng từ Bảo hiểm này có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

vị một tài liệu riêng, được gọi là *Điều khoản riêng của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán chi phí thuốc theo toa* (còn được gọi là *Điều khoản riêng Hỗ trợ Người có Thu nhập thấp* hoặc *Điều khoản riêng LIS*), cho quý vị biết về việc bao trả thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ hướng dẫn này, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu *Điều khoản riêng LIS*.

Phần 4.2 Phí bảo hiểm Medicare Phần B hàng tháng**Nhiều hội viên được yêu cầu trả các khoản phí bảo hiểm Medicare khác**

quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi. Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Quý vị cũng có thể thanh toán phí bảo hiểm cho Phần A nếu quý vị không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Phần A.

Phần 4.3 Phạt ghi danh trễ Phần D

Một số hội viên được yêu cầu thanh toán tiền **phạt ghi danh trễ** Phần D. Tiền phạt ghi danh trễ Phần D là một khoản phí Bảo Hiểm Bổ Sung phải thanh toán cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất cứ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có một khoảng thời gian 63 ngày trở lên liên tiếp mà quý vị không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn khác. Bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì khoản này dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare. Số tiền phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Phần D hoặc khoản tín dụng bao trả thuốc khác. Quý vị sẽ phải trả khoản tiền phạt này khi quý vị có bảo hiểm Phần D.

Khi quý vị ghi danh Clever Care Total+ lần đầu, chúng tôi sẽ cho quý vị biết số tiền phí. Nếu quý vị không trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D, quý vị có thể mất các quyền lợi về thuốc theo toa.

Quý vị **không** phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu:

- Quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa của mình.
- Quý vị chỉ không có bảo hiểm tiêu chuẩn dưới 63 ngày.
- Quý vị đã có tính dụng bao trả thuốc đáng tin cậy thông qua một nguồn khác (ví dụ như một hãng sở cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ quan quản lý Sức khỏe Cựu chiến binh (VA)). Hàng năm công ty bảo hiểm của quý vị hoặc phòng nhân sự sẽ cho quý vị biết nếu bảo hiểm thuốc của quý vị là bảo hiểm tiêu chuẩn. Quý vị có thể nhận được thông tin này qua thư hoặc trong bản tin của chương trình. Hãy giữ thông tin này, vì quý vị có thể cần đến nếu sau này quý vị tham gia vào một chương trình thuốc của Medicare.
 - **Lưu ý:** Bất kỳ bức thư hoặc thông báo nào phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy dự kiến sẽ chi trả với mức tương đương chương trình thuốc tiêu chuẩn của Medicare.
 - **Lưu ý:** Thẻ giảm giá thuốc theo toa, khám tại phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc không phải là bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Medicare sẽ xác định số tiền phạt ghi danh trễ Phần D. Dưới đây là cách thức Medicare xác định số tiền phạt:

- Nếu quý vị đã có 63 ngày trở lên không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy sau khi lúc đầu quý vị từng hội đủ điều kiện để ghi danh tham gia Phần D, chương trình của chúng tôi sẽ tính số tháng đầy đủ mà quý vị không có bảo hiểm. Mức phạt là 1% cho mỗi tháng mà quý vị không có bảo hiểm tiêu chuẩn. Ví dụ, nếu quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng, mức phần trăm tiền phạt sẽ là 14%.
- Sau đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm hàng tháng trung bình cho các chương trình bảo hiểm thuốc Medicare trên toàn quốc từ năm trước (phí bảo hiểm cơ bản quốc gia cho người thụ hưởng). Đối với năm 2026, mức phí bảo hiểm trung bình này là \$32.74.
- Để tính số tiền phạt theo tháng của mình, hãy nhân phần trăm phí với phí bảo hiểm cơ bản quốc gia cho người thụ hưởng, sau đó làm tròn đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ ở đây, số tiền sẽ là 14% nhân với \$32.74, tương đương \$4.58. Số làm tròn sẽ là \$4.60. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm hàng tháng cho người bị phạt vì ghi danh trễ Phần D**.

Ba điều quan trọng cần biết về khoản phạt ghi danh trễ Phần D hàng tháng:

- **Hình phạt có thể thay đổi mỗi năm** vì phí bảo hiểm người thụ hưởng cơ bản quốc gia có thể thay đổi mỗi năm.
- **Quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng miễn là quý vị ghi danh vào một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Nếu quý vị *dưới* 65 tuổi và hiện đang hưởng bảo hiểm Medicare, tiền phạt ghi danh trễ Phần D sẽ được tính lại khi quý vị bước sang tuổi 65. Sau tuổi 65, tiền phạt ghi danh trễ Phần D của quý vị sẽ chỉ dựa trên những tháng mà quý vị không có bảo hiểm sau giai đoạn ghi danh ban đầu cho tuổi hưởng bảo hiểm Medicare.

Nếu quý vị không đồng ý với khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần D, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại. Nói chung, quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày ghi trên thư đầu tiên quý vị nhận được, trong đó có nêu quý vị phải trả tiền phạt ghi danh trễ. Tuy nhiên, nếu quý vị đã trả tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể không có cơ hội khác để yêu cầu xem xét lại khoản tiền phạt ghi danh trễ đó.

Phần 4.4 Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập

Một số hội viên có thể được yêu cầu trả thêm một khoản tiền phụ trội, được gọi là Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (IRMAA). Số tiền phụ trội được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị như được báo cáo trong tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu khoản tiền này cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về số tiền phụ trội mà quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, hãy truy cập <https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs>.

Nếu quý vị phải trả IRMAA phụ trội, Sở An sinh Xã hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết số tiền phụ trội đó là bao nhiêu. Số tiền phụ trội sẽ được giữ lại từ chi phiếu phúc lợi An sinh Xã hội, Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự, bất kể quý vị thường trả phí bảo hiểm chương trình của chúng

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

tôi như thế nào, trừ khi phúc lợi hàng tháng của quý vị không đủ để chi trả số tiền phụ trội còn nợ. Nếu chi phiếu phúc lợi của quý vị không đủ để chi trả khoản tiền phụ trội, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải trả IRMAA phụ trội đó cho chính phủ. Quý vị không thể thanh toán khoản này bằng phí bảo hiểm hàng tháng của mình cho chương trình. Nếu không trả IRMAA phụ trội, quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

Nếu không đồng ý trả thêm IRMAA, quý vị có thể yêu cầu Sở An sinh Xã hội duyệt xét lại quyết định. Để tìm hiểu cách thực hiện việc này, hãy gọi cho Sở An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY xin gọi 1-800-325-0778).

Phần 4.5 Số tiền theo Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare

Nếu quý vị tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare, hàng tháng quý vị sẽ thanh toán phí bảo hiểm chương trình của chúng tôi (nếu có) và sẽ nhận được hóa đơn từ công ty bảo hiểm sức khỏe hoặc công ty bảo hiểm thuốc cho đơn thuốc của quý vị (thay vì thanh toán cho nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của quý vị được tính dựa trên số tiền quý vị nợ cho bất kỳ đơn thuốc nào quý vị mua, cộng với số dư của tháng trước, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2, Phần 7 cho biết thêm về Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn như một phần của tùy chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong Chương 9 để khiếu nại hoặc kháng nghị.

PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị

Phần 5.1 Cách trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D của quý vị

Có hai cách quý vị có thể trả tiền phạt.

Lựa chọn 1: Thanh toán bằng séc

Nếu quý vị chọn thanh toán trực tiếp cho chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được một sao kê từ chúng tôi. Các khoản thanh toán phải được nhận vào ngày dương lịch cuối cùng của tháng được bảo hiểm. Quý vị cũng có thể trả tiền phạt của mình bằng lệnh chuyển tiền hoặc séc thủ quỹ. Vui lòng đính kèm phiếu thanh toán được cấp cho quý vị cùng với hóa đơn hàng tháng và viết số ID Clever Care của quý vị trên séc.

Bên thụ hưởng séc phải là **Clever Care of Golden State** và séc phải được gửi đến:

Clever Care Health Plan
Attn: Accounting Department
7711 Center Ave Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Nếu séc của quý vị là séc lũng (Non-Sufficient Fund, NSF), quý vị sẽ chịu trách nhiệm về các khoản phí liên quan đến séc NSF.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên**Lựa chọn 2: Đã khấu trừ Phí ghi danh trễ Phần D từ séc An sinh Xã hội hàng tháng của quý vị.**

Thay đổi cách quý vị thanh toán Phí ghi danh trễ Phần D. Nếu quý vị quyết định thay đổi phương thức thanh toán Phí ghi danh trễ Phần D, có thể mất tới 3 tháng để phương thức thanh toán mới của quý vị có hiệu lực. Mặc dù chúng tôi xử lý yêu cầu về phương thức thanh toán mới, quý vị vẫn có trách nhiệm đảm bảo thanh toán đúng hạn Phí ghi danh trễ Phần D của mình. Để thay đổi phương thức thanh toán của quý vị, xin gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội viên.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc thanh toán Phí ghi danh trễ Phần D

Phí ghi danh trễ Phần D của quý vị đến hạn tại văn phòng của chúng tôi trước cuối tháng được bao trả. Nếu chúng tôi không nhận được khoản thanh toán của quý vị trước cuối tháng được bao trả, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho quý vị biết tư cách hội viên chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc nếu chúng tôi không nhận được Phí ghi danh trễ Phần D trong vào ngày cuối cùng của tháng. Nếu quý vị nợ tiền phạt ghi danh trễ Phần D, quý vị sẽ phải trả tiền phạt để duy trì bảo hiểm thuốc của mình.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi thanh toán Phí ghi danh trễ Phần D đúng hạn, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để xem liệu chúng tôi có thể hướng dẫn quý vị đến các chương trình hỗ trợ chi phí cho quý vị hay không.

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì quý vị không trả Phí ghi danh trễ Phần D, bảo hiểm y tế của quý vị sẽ thuộc diện Original Medicare. Quý vị có thể không được bao trả thuốc Phần D cho đến năm sau nếu quý vị ghi danh một chương trình mới trong Giai đoạn Ghi Danh Mở. (Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc theo chuẩn trong hơn 63 ngày, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D cho khoảng thời gian quý vị có bảo hiểm Phần D.)

Nếu quý vị muốn ghi danh lại chương trình của chúng tôi (hoặc chương trình khác mà chúng tôi cung cấp) trong tương lai, quý vị sẽ cần phải trả số tiền còn nợ thì mới có thể ghi danh được.

Nếu cho rằng chúng tôi đã chấm dứt tư cách hội viên của quý vị một cách sai trái, quý vị có thể khiếu nại (còn gọi là than phiền). Nếu gặp phải một tình huống khẩn cấp nằm ngoài tầm kiểm soát của quý vị và khiến quý vị không thể trả Phí ghi danh trễ Phần D trong thời gian ân hạn của chúng tôi, quý vị có thể khiếu nại. Khi có khiếu nại, chúng tôi sẽ duyệt xét lại quyết định của mình. Đi tới Chương 9 để tìm hiểu cách khiếu nại hoặc gọi cho chúng tôi theo 1-833-808-8163 giữa Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY xin gọi 711. Quý vị phải đưa ra khiếu nại không muộn hơn 60 ngày dương lịch sau ngày mà tư cách hội viên của quý vị chấm dứt.

Phần 5.2 Chúng tôi sẽ không thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị trong năm

Chúng tôi không được phép thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng trong cả năm. Nếu phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình thay đổi cho năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị vào tháng 9 và phí bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng nộp phí ghi danh trễ, nếu quý vị còn nợ, hoặc quý vị có thể cần bắt đầu nộp phạt ghi danh trễ. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung hoặc không còn đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung trong năm.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

- Nếu quý vị hiện đang trả phí ghi danh trẻ Phần D và đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung trong năm, quý vị có thể ngừng trả tiền phạt.
- Nếu quý vị mất Trợ giúp Bổ sung, quý vị có thể phải chịu khoản phí ghi danh trẻ Phần D nếu quý vị có 63 ngày liên tiếp trở lên không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn khác.

Tìm hiểu thêm về chương trình Trợ giúp Bổ sung tại Phần 7 của Chương 2.

PHẦN 6 Luôn cập nhật chương trình của chúng tôi hồ sơ hội viên

hồ sơ hội viên của quý vị lấy thông tin từ mẫu ghi danh, bao gồm địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Bảng này cho biết phạm vi bảo hiểm cụ thể của quý vị bao gồm Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị.

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và những nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi **sử dụng thông tin của quý vị hồ sơ hội viên để biết những dịch vụ và thuốc nào được bao trả và số tiền chia sẻ chi phí của quý vị.** Do đó, điều rất quan trọng là quý vị phải giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ thay đổi nào trong số này, hãy cho chúng tôi biết:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Những thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác mà quý vị có (ví dụ như từ hãng sở của quý vị, hãng sở của vợ/chồng hoặc đối tác sống chung nhà của quý vị, bồi thường cho người lao động hoặc Medicaid)
- Bất kỳ yêu cầu trách nhiệm pháp lý nào, ví dụ như khiếu nại do tai nạn ô tô
- Nếu quý vị đã được nhận vào viện dưỡng lão
- Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (chẳng hạn như người chăm sóc) thay đổi
- Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải nói với chương trình của chúng tôi về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng quý vị nên làm như vậy.)

Nếu bất kỳ thông tin nào trong số này thay đổi, hãy cho chúng tôi biết bằng cách gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

Điều quan trọng nữa là cần liên hệ với Sở An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Gọi tới Sở An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY xin gọi 1-800-325-0778).

PHẦN 7 Cách thức phối hợp các bảo hiểm khác với chương trình của chúng tôi

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin về bất kỳ khoản bao trả y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị có để chúng tôi có thể điều phối bất kỳ khoản bao trả nào khác với các quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Đây được gọi là **Kết hợp các Quyền lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thư liệt kê bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc kỹ thông tin này. Nếu thông tin là chính xác, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác chưa được liệt kê, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Quý vị có thể cần cung cấp số ID hội viên chương trình của chúng tôi cho các công ty bảo hiểm khác của quý vị (một khi quý vị xác nhận chương trình) để hóa đơn của quý vị được thanh toán chính xác và kịp thời.

Khi quý vị có bảo hiểm khác (như bảo hiểm y tế theo nhóm của hãng sở), các quy tắc của Medicare quyết định xem chương trình của chúng tôi hay chương trình bảo hiểm khác của quý vị sẽ trả trước. Bảo hiểm sẽ chi trả đầu tiên ("bên chi trả chính") và mức thanh toán tối đa là giới hạn phạm vi bảo hiểm của mình. Bảo hiểm trả tiền thứ hai, ("bên chi trả phụ"), chỉ thanh toán nếu còn các chi phí không được bảo hiểm chính chi trả. Bên chi trả phụ có thể không thanh toán cho các chi phí không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị biết.

Các quy tắc này áp dụng cho khoản bao trả của chương trình bảo hiểm y tế nhóm của hãng sở hoặc công đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare sẽ là bên chi trả đầu tiên.
- Nếu khoản bao trả chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của quý vị dựa trên việc làm hiện tại của quý vị hoặc một thành viên gia đình, bên chi trả đầu tiên sẽ tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số người được thuê bởi hãng sở và việc quý vị có Medicare dựa trên tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD):
 - Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật và quý vị (hoặc thành viên gia đình của quý vị) vẫn đang làm việc, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ chi trả trước nếu hãng sở có 100 nhân viên trở lên, hoặc ít nhất một hãng sở trong chương trình bảo hiểm của nhiều hãng sở có hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hoặc vợ/chồng (hoặc đối tác sống chung nhà của quý vị) vẫn đang làm việc, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ chi trả trước nếu hãng sở có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một hãng sở trong chương trình bảo hiểm của nhiều hãng sở có hơn 20 nhân viên.
- Nếu quý vị có Medicare do ESRD, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ chi trả đầu tiên trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare.

Các loại bảo hiểm này thường chi trả đầu tiên cho các dịch vụ liên quan đến mỗi loại sau đây:

- Bảo hiểm không kể bên có lỗi (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)
- Trách nhiệm pháp lý (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

- Quyền lợi dành cho người mắc bệnh phổi đen
- Tai nạn lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Họ chỉ thanh toán sau khi Medicare, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của công ty và/hoặc Medigap đã thanh toán.

CHƯƠNG 2

Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ

PHẦN 1 liên hệ Clever Care Total+

Để được trợ giúp về các câu hỏi về yêu cầu thanh toán, hóa đơn hoặc thẻ hội viên, hãy gọi hoặc viết thư đến phòng Dịch vụ Hội viên của Clever Care Total+ tại 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Chúng tôi rất hân hạnh được trợ giúp quý vị.

Dịch vụ Hội viên – Thông tin liên hệ

Gọi điện	1-833-808-8163 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu Dịch vụ Hội viên (1-833-808-8163) (người dùng TTY xin gọi 711) cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
Fax	1-657-276-4720
Viết thư	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
Website	vi.clevercarehealthplan.com

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của mình**

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi duyệt xét và thay đổi một quyết định bao trả. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị, hãy xem Chương 9 để biết thêm thông tin.

Quyết định Bao trả và Khiếu nại về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên hệ

Gọi điện	1-833-808-8163 Cuộc gọi tới số điện thoại này miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu Dịch vụ Hội viên (1-833-808-8163) (người dùng TTY xin gọi 711) cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
Fax	1-657-276-4715
Viết thư	Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
Website	vi.clevercarehealthplan.com

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Quyết định Bảo trả và Khiếu nại đối với Thuốc Phân D - Thông tin liên hệ**

Gọi điện	1-866-693-4620 Cuộc gọi tới số điện thoại này miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này là miễn phí và sẽ được ghi âm. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
Fax	1-800-378-0323
Viết thư	CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
Website	caremark.com

Cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc. Loại khiếu nại này không liên quan đến vấn đề bảo hiểm hoặc tranh chấp về thanh toán. Để biết thêm thông tin về cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy xem Chương 9.

Khiếu nại về Chăm sóc Y tế - Thông tin liên hệ

Gọi điện	1-833-808-8163 Cuộc gọi tới số điện thoại này miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
-----------------	--

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Khiếu nại về Chăm sóc Y tế - Thông tin liên hệ**

TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
Fax	1-657-276-4715
Viết thư	Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
Trang web Medicare	Đề nộp đơn khiếu nại trực tiếp về Clever Care Total+ lên Medicare, hãy truy cập https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cách yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị nhận được

Nếu quý vị đã nhận được hóa đơn hoặc thanh toán cho các dịch vụ (ví dụ như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng chúng tôi là bên phải thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Đi tới Phần Chương 7 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng nghị về quyết định của chúng tôi. Đi tới Phần Chương 9 để biết thêm thông tin.

Yêu cầu thanh toán - Thông tin liên hệ

Gọi điện	1-866-693-4620 Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí.
-----------------	--

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Yêu cầu thanh toán - Thông tin liên hệ**

TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu	
Fax	Y tế: 1-657-276-4715	Nhà thuốc: 1-800-378-0323
Viết thư	Y tế: Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647	Nhà thuốc: CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
Website	vi.clevercarehealthplan.com	

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ 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 vĩnh viễn cần phải lọc máu hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage trong đó có chương trình của chúng tôi.

Medicare - Thông tin liên hệ

Gọi điện	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	
TTY	1-877-486-2048 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí.	

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ

Medicare - Thông tin liên hệ	
Trò chuyện Trực tiếp	Trò chuyện trực tiếp tại https://www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Viết thư	Viết thư cho Medicare tại PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Website	www.medicare.gov • Nhận thông tin về các chương trình bảo hiểm y tế và thuốc Medicare trong khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và dịch vụ mà họ cung cấp. • Tìm các bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung cấp và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. • Tìm hiểu những dịch vụ Medicare bao trả, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như khám sàng lọc, chích ngừa hoặc tiêm vắc-xin và thăm khám “Sức khỏe” hàng năm). • Nhận thông tin và biểu mẫu kháng nghị Medicare. • Nhận thông tin về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, nhà điều dưỡng, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn. • Tìm kiếm các trang web và số điện thoại hữu ích. Quý vị cũng có thể truy cập Medicare.gov để cho Medicare biết về bất kỳ khiếu nại nào quý vị có về Clever Care Total+. Để gửi đơn khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

PHẦN 3 Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) là một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo ở mọi tiểu bang cung cấp trợ giúp, thông tin và câu trả lời miễn phí cho các câu hỏi về Medicare của quý vị. Trong California, SHIP được gọi là Chương trình Tư Vấn & Bảo Vệ Người Tham Gia Bảo Hiểm Y Tế (HICAP).

HICAP là một chương trình độc lập của tiểu bang (không kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình y tế nào) và nhận tiền từ chính phủ liên bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế địa phương cho những người có Medicare.

HICAP Các cố vấn có thể giúp quý vị hiểu các quyền của Medicare, giúp quý vị khiếu nại về dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế của mình và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của quý vị. Chương trình Tư Vấn & Bảo Vệ Người Tham Gia Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) Các cố

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ

vấn cũng có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề của Medicare, giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của mình và trả lời các thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình.

Chương trình Tư Vấn & Bảo Vệ Người Tham Gia Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) Thông tin liên lạc

Gọi điện	1-800-434-0022
TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
Viết thư	Phòng Dịch Vụ Người Cao Tuổi California (California Department of Aging) 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
Website	aging.ca.gov/hicap

PHẦN 4 Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO)

Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) được chỉ định phục vụ những người có Medicare ở mỗi tiểu bang. Đối với California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng là Livanta .

Livanta có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có bảo hiểm Medicare.

Livanta là một tổ chức độc lập. Nó không liên quan đến chương trình của chúng tôi.

Liên hệ Livanta trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Quý vị có khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà mình đã nhận được. Ví dụ về các mối lo ngại về chất lượng chăm sóc bao gồm việc nhận sai thuốc, các xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị nghĩ rằng bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) của quý vị kết thúc quá sớm.

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Livanta (California Tổ chức Cải tiến Chất lượng)**

Gọi điện	1-877-588-1123 Từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu; từ 11 giờ sáng đến 3 giờ chiều, Thứ Bảy và Chủ Nhật; và từ 7 giờ sáng đến 3 giờ 30 phút chiều vào các ngày lễ.
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
Viết thư	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Website	livantaqio.com

PHẦN 5 An sinh Xã hội

Sở An sinh Xã hội xác định khả năng hội đủ điều kiện của Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare. Sở An sinh Xã hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả thêm tiền cho việc bao trả thuốc Phần D của họ vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An sinh Xã hội cho quý vị biết rằng quý vị phải trả thêm số tiền này và có thắc mắc về số tiền hoặc nếu thu nhập của quý vị giảm xuống do một sự kiện thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An sinh Xã hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình, hãy liên hệ với Sở An sinh Xã hội để thông báo cho họ biết.

An sinh xã hội – Thông tin liên hệ

Gọi điện	1-800-772-1213 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ điện thoại tự động của Sở An sinh Xã hội để nhận thông tin được ghi lại và tiến hành một số công việc 24 giờ một ngày.
-----------------	---

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**An sinh xã hội – Thông tin liên hệ**

TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
Website	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

Medicaid là một chương trình chung của chính phủ liên bang và tiểu bang nhằm trợ giúp chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Một số người có bảo hiểm Medicare cũng đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicaid. Medicare cung cấp các chương trình để giúp những người có bảo hiểm Medicare thanh toán các chi phí Medicare của họ, ví dụ như phí bảo hiểm Medicare. Các **Chương trình Tiết kiệm Medicare** này bao gồm:

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ điều kiện (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần A và Phần B của Medicare, và chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi Medicaid (QMB+).)
- **Người thụ hưởng Medicare có Thu nhập thấp Xác định (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B. (Một số người có SLMB cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid (SLMB+).)
- **Cá nhân Đủ điều kiện (Qualifying Individual, QI):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B.
- **Cá nhân Khuyết tật và Đang làm việc Đủ điều kiện (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần A.

Để tìm hiểu thêm về Medicaid và Chương trình Tiết kiệm Medicare, hãy liên hệ Medi-Cal.

Medi-Cal – Thông tin Liên hệ

Gọi điện	1-800-541-5555 Làm việc từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu; ngoại trừ các ngày lễ của tiểu bang.
TTY	Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Medi-Cal – Thông tin Liên hệ**

Viết thư	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Website	dhcs.ca.gov

PHẦN 7 Các chương trình giúp chi trả thuốc theo toa

Trang web của Medicare (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) có thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Các chương trình dưới đây có thể giúp những người có thu nhập hạn chế.

Trợ giúp Bổ sung từ Medicare.

Medicare và An sinh Xã hội có một chương trình có tên là Trợ giúp Bổ sung có thể giúp thanh toán chi phí thuốc cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ được trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng, tiền khấu trừ hàng năm và đồng thanh toán của chương trình thuốc Medicare nào quý vị. Khoản Trợ giúp Bổ sung này cũng được tính vào chi phí xuất túi của quý vị.

Nếu quý vị tự động đủ điều kiện để nhận Trợ giúp Bổ sung thì Medicare sẽ gửi cho quý vị một lá thư màu tím để cho quý vị biết. Nếu quý vị không tự động đủ điều kiện, quý vị có thể nộp đơn đăng ký bất cứ lúc nào. Để xem liệu quý vị có đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung hay không, hãy gọi số:

- Truy cập <https://secure.ssa.gov/i1020/start> để đăng ký trực tuyến
- Gọi cho Sở An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-325-0778.

Khi quý vị nộp đơn xin Trợ giúp Bổ sung, quý vị cũng có thể bắt đầu quy trình nộp đơn cho Chương trình Tiết kiệm Medicare (MSP). Các chương trình của tiểu bang này cung cấp trợ giúp về các chi phí Medicare khác. Sở An sinh Xã hội sẽ gửi thông tin đến tiểu bang của quý vị để khởi tạo một đơn đăng ký MSP, trừ khi quý vị yêu cầu họ không làm vậy trong đơn đăng ký Trợ giúp Bổ sung.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung và quý vị nghĩ rằng quý vị đang trả một số tiền không chính xác cho toa thuốc của mình tại một nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có một quy trình để giúp quý vị có được bằng chứng về số tiền đồng thanh toán phù hợp. Nếu quý vị đã có bằng chứng về số tiền phù hợp, chúng tôi có thể giúp quý vị chia sẻ bằng chứng này với chúng tôi.

- Hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị muốn yêu cầu hỗ trợ để có được bằng chứng tốt nhất hiện có, hoặc nếu quý vị muốn cung cấp bằng chứng.
- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức đồng thanh toán phù hợp, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền khi quý vị nhận được toa

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ

thuốc tiếp theo. Nếu quý vị thanh toán vượt mức khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị bằng séc hoặc khoản tín dụng đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán và quý vị còn nợ họ, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu một tiểu bang đã thanh toán thay mặt cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang đó. Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị có thắc mắc.

Nếu quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung và có bảo hiểm từ Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) thì sao?

Nhiều tiểu bang hỗ trợ thanh toán các toa thuốc, phí bảo hiểm của chương trình thuốc và/hoặc các chi phí thuốc khác. Nếu quý vị ghi danh vào Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), chương trình Trợ giúp Bổ sung của Medicare sẽ thanh toán trước.

Nếu quý vị có Trợ giúp Bổ sung và bảo hiểm từ Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) thì sao?

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người đang phải sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV cứu mạng sống của họ. Các loại thuốc của Medicare Phần D nằm trong danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện để được hỗ trợ chia sẻ chi phí cho thuốc theo toa thông qua Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP).

Lưu ý: Để đủ điều kiện tham gia ADAP tại tiểu bang của mình, mọi người phải đáp ứng các tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo quy định của tiểu bang và tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm không đầy đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ. Để biết thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi Chương trình ADAP của California theo số 1-844-421-7050.

Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang

Nhiều tiểu bang có Chương trình Trợ giúp Dược phẩm của Tiểu bang giúp mọi người thanh toán cho thuốc theo toa dựa trên nhu cầu tài chính, tuổi tác, tình trạng y tế hoặc khuyết tật. Mỗi tiểu bang có các quy tắc khác nhau để cung cấp bảo hiểm thuốc cho các hội viên của mình.

- Ở California, Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang là Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP).

Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) – Thông tin Liên hệ

Gọi điện	1-844-421-7050
Viết thư	Sở Y tế Công cộng California, Trung tâm Bệnh truyền nhiễm, Văn phòng AIDS. (California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases), Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
Website	https://adap.directory/california

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ**Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare**

Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa Medicare là một tùy chọn thanh toán phù hợp với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí xuất túi cho các loại thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi bằng cách phân bổ trong suốt **năm dương lịch** (tháng 1-tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình bảo hiểm y tế Medicare có bảo hiểm thuốc (như Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc. Nếu quý vị đang tham gia vào Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare và vẫn tham gia cùng một chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ được tự động gia hạn cho 2026.** Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc truy cập www.Medicare.gov.

Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare – Thông tin Liên hệ

Gọi điện	1-833-808-8163 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu Dịch vụ Hội viên (1-833-808-8163) (người dùng TTY xin gọi 711) cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
Fax	1-657-276-4720
Viết thư	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
Website	vi.clevercarehealthplan.com

PHẦN 8**Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB)**

Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa là một cơ quan độc lập của liên bang quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho nhân viên hỏa xa và gia đình của họ. Nếu quý vị nhận được Medicare

CHƯƠNG 2 Các số điện thoại và nguồn lực hỗ trợ

thông qua Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa, hãy cho họ biết nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình từ Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa, hãy liên hệ với cơ quan này.

Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) - Thông tin liên hệ

Gọi điện	1-877-772-5772 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Nhấn số “0”, quý vị có thể nói chuyện với một đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều các ngày thứ Hai, thứ Ba, thứ Năm và thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa các ngày thứ Tư. Nhấn “1”, quý vị có thể truy cập Đường dây Trợ giúp RRB tự động và ghi lại thông tin 24 giờ mỗi ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi tới số điện thoại này <i>không</i> được miễn phí.
Website	https://RRB.gov

PHẦN 9 Nếu quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc đối tác sống chung nhà của quý vị) nhận được quyền lợi từ hãng sở của mình (hoặc vợ/chồng hoặc đối tác sống chung nhà của quý vị) hoặc nhóm hưu trí như một phần của chương trình này, quý vị có thể gọi cho quản trị viên quyền lợi của hãng sở/công đoàn hoặc Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu có bất kỳ câu hỏi nào. Quý vị có thể hỏi về hãng sở của mình (hoặc của vợ/chồng hoặc đối tác sống chung nhà của quý vị) hoặc các quyền lợi sức khỏe hưu trí, phí bảo hiểm, hoặc giai đoạn ghi danh. Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nếu có thắc mắc về bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác thông qua hãng sở của mình (hoặc của vợ/chồng hoặc đối tác sống chung nhà) hoặc nhóm hưu trí của quý vị, hãy liên hệ **quản trị viên quyền lợi của nhóm đó**. Quản trị viên quyền lợi có thể giúp quý vị hiểu cách thức bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ hoạt động với chương trình của chúng tôi.

CHƯƠNG 3

Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả. Để biết chi tiết về dịch vụ chăm sóc y tế mà chương trình của chúng tôi bao trả và số tiền quý vị phải trả khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy truy cập Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4.

Phần 1.1 Nhà cung cấp trong mạng lưới và dịch vụ được bao trả

- **Nhà cung cấp dịch vụ** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được tiêu bang cấp phép để cung cấp các dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ “nhà cung cấp” cũng bao gồm bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có hợp đồng với chúng tôi về việc chấp nhận thanh toán của chúng tôi và số tiền chia sẻ chi phí chương trình của quý vị như khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để các nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị thăm khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị chỉ phải trả phần chi phí của mình cho các dịch vụ của họ.
- **Các dịch vụ được bao trả** bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, trang thiết bị và thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả. Các dịch vụ được bao trả cho chăm sóc y tế của quý vị được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4.

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để được chương trình bao trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Là một chương trình bảo hiểm y tế Medicare, Clever Care Total+ phải bao trả tất cả các dịch vụ được Original Medicare bao trả và tuân theo các quy tắc bao trả của Original Medicare.

Clever Care Total+ thường sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, với điều kiện:

- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được bao gồm trong Bảng Quyền lợi Y tế của chương trình chúng tôi ở Chương 4.**

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được coi là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu, trang thiết bị hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về hành nghề y tế.
- **Quý vị có một bác sĩ chăm sóc chính (một PCP) trong mạng lưới là người sẽ cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Là hội viên của chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (đi tới Phần 2.1 để biết thêm thông tin).
 - Trong hầu hết các tình huống, PCP trong mạng lưới của quý vị phải phê duyệt cho quý vị trước (giấy giới thiệu) khi quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình của chúng tôi, ví dụ như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia. Đi tới Phần 2.3 để biết thêm thông tin.
 - Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần khẩn cấp. Để tìm hiểu về các loại dịch vụ chăm sóc khác mà quý vị có thể nhận mà không cần sự chấp thuận trước từ PCP của mình, hãy đi tới Phần 2.2.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới (đến Phần 2).** Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới của chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. Điều này có nghĩa là quý vị phải thanh toán cho nhà cung cấp đầy đủ dịch vụ mà quý vị nhận được. Dưới đây là 3 trường hợp ngoại lệ:
 - Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin, cũng như để xem các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ khẩn cấp cần thiết là gì, vui lòng đi tới Phần 3.
 - Nếu quý vị cần chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả nhưng không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới với cùng mức chi phí chia sẻ mà quý vị vẫn thường trả trong mạng lưới. Trong trường hợp này, quý vị phải chi trả giống như quý vị sẽ trả khi nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc được chấp thuận thăm khám với bác sĩ ngoài mạng lưới, vui lòng đi tới Phần 2.4
 - Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ lọc máu chạy thận mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi hoặc khi nhà cung cấp cho dịch vụ này của quý vị tạm thời không sẵn sàng phục vụ hoặc không thể tiếp cận. Phần chia sẻ chi phí mà quý vị trả cho chương trình của chúng tôi cho dịch vụ lọc máu không bao giờ được cao hơn phần chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi và nhận được dịch vụ lọc máu từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới chương trình của chúng tôi, số tiền chia sẻ chi phí của quý vị không được cao hơn mức chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp trong mạng lưới thông thường của quý vị tạm thời không sẵn sàng phục vụ và quý vị chọn nhận các dịch vụ trong khu vực dịch vụ của chúng tôi từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới chương trình của chúng tôi thì việc chia sẻ chi phí cho việc lọc máu có thể cao hơn.

PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của mình

PCP là gì và PCP làm gì cho quý vị?

Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một nhà cung cấp của chương trình làm Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của mình. PCP của quý vị sẽ là một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép và sẽ là đối tác của quý vị trong lĩnh vực y tế. Chọn trong số các bác sĩ chuyên về thực hành chăm sóc sức khỏe gia đình, đa khoa hoặc nội khoa.

PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị nên quý vị phải gửi tất cả hồ sơ y tế trước đây của mình đến văn phòng PCP của mình. Quý vị sẽ gặp PCP của mình trước tiên đối với hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thường lệ của quý vị. PCP của quý vị cũng sẽ sắp xếp hoặc điều phối phần còn lại của các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi, bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- X-rays
- Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm
- Trị liệu
- Chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa
- Nhập viện, và
- Chăm sóc theo dõi

Điều phối các dịch vụ của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham vấn các nhà cung cấp cho chương trình khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và tiến trình của nó. Nếu quý vị cần một số loại dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế được bao trả, quý vị phải nhận được sự chấp thuận trước bằng văn bản từ PCP của mình (ví dụ như cấp cho quý vị giấy giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa). Trong một số trường hợp, PCP của quý vị, hoặc bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị thăm khám, sẽ cần phải có sự cho phép trước (phê duyệt trước) từ chúng tôi đối với một số loại dịch vụ và vật tư được bao trả. Xem Chương 4 của tập sách này để biết các dịch vụ và vật tư yêu cầu sự cho phép trước.

Cách chọn PCP?

Khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi, trước tiên quý vị phải chọn Nhóm Y tế hoặc Hiệp hội Bác sĩ Độc lập (Independent Physician Association, IPA) từ mạng lưới của chúng tôi; sau đó chọn một PCP làm việc với nhóm đó. Khi chọn PCP của mình, quý vị cũng chọn các bệnh viện và mạng lưới chuyên khoa liên kết với PCP của mình. Nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể, hãy đảm bảo rằng họ thuộc mạng lưới y tế của PCP. Điều này rất quan trọng vì sẽ giúp đảm bảo quý vị sẽ không phải chịu các chi phí ngoài mạng lưới liên quan đến việc chăm sóc của quý vị.

Để chọn PCP của quý vị, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com/provider. Nhớ ghi lại tên và số ID của bác sĩ. Số ID này sẽ phải được ghi trong đơn ghi danh của quý vị. Nếu quý vị không chọn một PCP hoặc nếu PCP không thuộc mạng lưới chương trình này,

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

chúng tôi sẽ tự động chỉ định một PCP cho quý vị. Một đại diện Bộ phận Dịch vụ Hội viên cũng có thể giúp quý vị chọn một PCP.

Sau khi quý vị đã ghi danh tham gia chương trình, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ ID hội viên Clever Care. Tên và số điện thoại văn phòng của PCP của quý vị sẽ được in trên thẻ này.

Cách thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ lúc nào. Ngoài ra, PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp của chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ cần phải chọn một PCP mới.

Nhiều PCP liên kết với Nhóm Y tế hoặc Hiệp hội Bác sĩ Độc lập (IPA), bao gồm quyền truy cập vào danh sách các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cơ sở khác (ví dụ: bệnh viện) được xác định trước. Nếu quý vị chọn một PCP từ các Nhóm Y tế hoặc IPA này, PCP đó sẽ hướng dẫn quý vị tìm kiếm dịch vụ chăm sóc từ trong nhóm các nhà cung cấp này và bệnh viện hoạt động như một mạng lưới phụ các nhà cung cấp.

Nếu quý vị muốn thay đổi PCP và/hoặc Nhóm Y tế/IPA được chỉ định của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội Viên. Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị đang thăm khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được bao trả khác cần sự chấp thuận của PCP của quý vị (ví dụ như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia và thiết bị y tế lâu bền). Đại diện của chúng tôi sẽ giúp đảm bảo rằng quý vị có thể tiếp tục với dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và các dịch vụ khác mà quý vị đang nhận trước khi thay đổi PCP của mình. Các đại diện của chúng tôi cũng sẽ kiểm tra để đảm bảo PCP mà quý vị muốn chuyển đổi có chấp nhận bệnh nhân mới.

Yêu cầu thay đổi phải được nhận vào hoặc trước ngày cuối cùng của tháng (ví dụ ngày 31 tháng 3). Thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (tức là ngày 1 tháng 4).

Quý vị sẽ được cấp một thẻ ID mới trong đó ghi các thông tin mới. Nếu quý vị sử dụng một PCP không được in trên thẻ ID của mình, quý vị có thể phải chịu mức chia sẻ chi phí cao hơn, hoặc yêu cầu thanh toán có thể bị từ chối.

Phần 2.2 Dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị có thể nhận mà không cần sự chấp thuận trước từ PCP

Quý vị có thể nhận các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần PCP của mình chấp thuận trước.

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ, bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng chậu miễn là quý vị nhận được chúng từ một nhà cung cấp trong mạng lưới
- Tiêm phòng cúm (hoặc vắc xin), vắc xin phòng COVID-19, Vắc xin viêm gan B và vắc xin viêm phổi miễn là quý vị nhận được chúng từ một nhà cung cấp trong mạng lưới
- Dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới
- Dịch vụ được bao trả cần thiết khẩn cấp là các dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (những không phải là trường hợp cấp cứu) nếu quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc quý vị tìm kiếm dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý, xét đến các yếu tố về thời gian, địa điểm và hoàn cảnh. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. Các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có.

- Các dịch vụ lọc máu chạy thận mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi. Nếu có thể, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị chạy thận nhân tạo trong khi quý vị vắng nhà.

Phần 2.3 Cách nhận 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 các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc một bộ phận cụ thể của cơ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư
- Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chăm sóc cho các bệnh nhân mắc bệnh tim
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho những bệnh nhân mắc một số bệnh về xương, khớp hoặc cơ

Nếu quý vị có một tình trạng đòi hỏi chuyên môn của một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhập viện trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, PCP của quý vị sẽ hoàn thành các giấy tờ cần thiết để được giới thiệu. Nhóm Y Tế của quý vị sẽ gửi thư quyết định cuối cùng về giấy giới thiệu đến cả quý vị và PCP của quý vị. Thư này sẽ cho biết bác sĩ chuyên khoa và cách lên lịch hẹn khám cho quý vị.

Tham khảo Chương 4, Phần 2 để biết thông tin về những dịch vụ nào cần được cho phép trước.

Khi một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp trong mạng lưới khác rời khỏi chương trình của chúng tôi

Điều quan trọng là quý vị phải biết rằng chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) thuộc chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi thì quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ:

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu rằng quý vị có khả năng tiếp cận liên tục với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có đủ năng lực.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã thăm khám tại nhà cung cấp đó trong vòng 3 năm qua.
 - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã thăm khám ở chỗ họ trong vòng 3 tháng qua.

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới đủ điều kiện mới để tiếp tục chăm sóc.
- Nếu đang được điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại của quý vị thì quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận được liệu pháp điều trị và trị liệu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn đăng ký sẵn có và các lựa chọn mà quý vị có thể có để thay đổi chương trình.
- Khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, chúng tôi sẽ thu xếp mọi quyền lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi.
- Nếu mạng lưới của chúng tôi không có bác sĩ chuyên khoa đủ năng lực cho dịch vụ được chương trình bao trả, chúng tôi phải bao trả cho dịch vụ đó với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. PCP của quý vị phải nộp giấy cho phép trước thích hợp để các dịch vụ được Chương trình bao trả.
- Nếu quý vị phát hiện bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp đủ điều kiện để thay thế nhà cung cấp trước đó hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý thích hợp, quý vị có quyền gửi kiến nghị về chất lượng dịch vụ chăm sóc lên QIO, gửi khiếu nại về chất lượng dịch vụ cho chương trình, hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

Phần 2.4 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Để nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, bác sĩ của quý vị phải yêu cầu sự cho phép trước bằng văn bản cho các dịch vụ này bằng cách gửi yêu cầu phê duyệt đến Chương trình.

Lưu ý: Các hội viên được quyền nhận dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp mà không có cho phép trước. Chương trình này phải bao trả các dịch vụ lọc máu cho các hội viên ESRD đã ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp ESRD đã ký hợp đồng.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị có nhu cầu cấp cứu, thảm họa, hoặc chăm sóc khẩn cấp

Phần 3.1 Nhận chăm sóc nếu quý vị cần cấp cứu y tế**Cấp cứu y tế là gì và quý vị nên làm gì nếu ở tình huống này?**

Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để không bị mất mạng (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai thì bị hỏng thai), mất chân tay hoặc mất chức năng chân tay, hoặc mất hay hỏng một chức năng cơ thể. Các triệu chứng

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc một tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Hãy yêu cầu trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 để được giúp đỡ hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cấp cứu nếu quý vị cần. Quý vị *không* cần phải được PCP phê duyệt hoặc giới thiệu trước. Quý vị không cần phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp được bao trả vào bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp do tiểu bang cấp, ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.
- **Hãy chắc chắn rằng chương trình của chúng tôi đã được thông báo về trường hợp cấp cứu của quý vị trong thời gian sớm nhất có thể.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người khác nên gọi cho chúng tôi để thông báo về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Gọi cho 1-833-808-8163 Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Được bao trả nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ xe cấp cứu trong các tình huống mà việc đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng bao trả các dịch vụ y tế trong trường hợp khẩn cấp.

Các bác sĩ đang chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình trạng cấp cứu y tế kết thúc.

Sau khi việc cấp cứu kết thúc, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo tình trạng tiếp tục ổn định. Các bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi họ liên hệ với chúng tôi và lập kế hoạch chăm sóc bổ sung. Dịch vụ chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả.

Nếu dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị được cung cấp bởi các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận dịch vụ chăm sóc cho quý vị ngay khi tình trạng sức khỏe của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

Nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế thì sao?

Đôi khi có thể khó biết được liệu trường hợp của quý vị có phải là cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, quý vị có thể đến để được chăm sóc cấp cứu vì nghĩ rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, nhưng bác sĩ lại nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế. Nếu hóa ra đó không phải là trường hợp cấp cứu, nhưng miễn là quý vị cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bao trả cho việc chăm sóc đó.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ chăm sóc bổ sung *chỉ khi* nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc bổ sung theo một trong 2 cách sau:

- Quý vị đến nhà cung cấp trong mạng lưới để được chăm sóc bổ sung hoặc

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là các dịch vụ cần khẩn cấp và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận được các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này.

Phần 3.2 Nhận chăm sóc khi quý vị cần dịch vụ khẩn cấp**Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì?**

Một dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (những không phải là trường hợp cấp cứu) là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc quý vị tìm kiếm dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý, xét đến các yếu tố về thời gian, địa điểm và hoàn cảnh. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có.

Quý vị hãy luôn cố gắng nhận các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ những nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình. Nếu một nhà cung cấp không làm việc hoặc không thể tiếp cận được và việc chờ đợi đến khi họ làm việc để nhận được chăm sóc là không hợp lý thì chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Danh sách các Trung tâm Chăm sóc Khẩn cấp có trong Danh Mục Nhà Cung Cấp của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com/provider hoặc quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau của tài liệu này.

Khi quý vị cần chăm sóc khẩn cấp, trước tiên hãy liên hệ với PCP hoặc Nhóm Y tế của quý vị. Nếu không có ai, bạn có thể gọi cho Teladoc (phục vụ 24 giờ một ngày) theo số 1-800-TELADOC (835-2362).

Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau: được định nghĩa là chăm sóc khẩn cấp, cấp cứu và sau ổn định.

Phần 3.3 Nhận chăm sóc trong thời gian xảy ra 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 tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền được chăm sóc từ chương trình của chúng tôi.

Truy cập vi.clevercarehealthplan.com để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong một thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong thời gian xảy ra thảm họa, chương trình của chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong thời gian xảy ra thảm họa, quý vị có thể mua thuốc theo toa của mình tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Đi tới Chương 5, Mục 2.4.

PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bao trả thì sao?

Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn khoản đồng trả chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả. Đi tới Chương 7 để biết thông tin về những việc cần làm.

Phần 4.1 Nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị phải trả toàn bộ chi phí

Clever Care Total+ bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc quý vị nhận các dịch vụ được cung cấp ngoài mạng lưới mà không có sự cho phép, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ.

PHẦN 5 Dịch vụ y tế trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì?

Một nghiên cứu khảo sát lâm sàng (còn được gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là cách các bác sĩ và nhà khoa học thử nghiệm các loại chăm sóc y tế mới, ví dụ như hiệu quả của một loại thuốc trị ung thư mới. Medicare chấp thuận một số nghiên cứu lâm sàng nhất định. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu. Khi đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể tiếp tục ghi danh vào chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc còn lại của quý vị (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được trong khuôn khổ nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng mình đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện thì quý vị chỉ chịu trách nhiệm chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Ví dụ: nếu quý vị đã trả nhiều hơn, nếu quý vị đã thanh toán số tiền chia sẻ chi phí Original Medicare thì chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Quý vị sẽ cần cung cấp tài liệu để cho chúng tôi biết số tiền mà quý vị đã trả.

Nếu quý vị muốn tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị không cần báo cho chúng tôi biết hoặc phải xin phê duyệt từ chúng tôi hoặc PCP của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị như một phần của nghiên cứu lâm sàng không cần phải là một phần của mạng lưới chương trình của chúng tôi (Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được bao trả yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi yêu cầu bao trả với các nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE). Những quyền lợi này cũng có thể phải tuân theo sự cho phép trước và các quy tắc khác của chương trình.)

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

Mặc dù quý vị không cần được chương trình của chúng tôi cho phép tham gia nghiên cứu lâm sàng, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo trước cho chúng tôi khi chọn tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện của Medicare.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu không được Medicare phê duyệt, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các chi phí cho việc tham gia nghiên cứu của quý vị.

Phần 5.2 Ai thanh toán cho các dịch vụ trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Khi tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare bao trả cho các vật dụng và dịch vụ thông thường mà quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu, bao gồm:

- Chi phí ăn ở tại bệnh viện mà Medicare sẽ chi trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác nếu đó là một phần của nghiên cứu.
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của phương pháp chăm sóc mới.

Sau khi Medicare thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần chênh lệch giữa phần chia sẻ chi phí trong Original Medicare và phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi. Việc này có nghĩa là quý vị sẽ trả số tiền tương tự cho các dịch vụ mà quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu giống như khi quý vị nhận được các dịch vụ này từ chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, quý vị phải gửi tài liệu chứng minh số tiền chia sẻ chi phí mà quý vị đã trả. Đi tới Chương 7 để biết thêm thông tin về việc gửi yêu cầu thanh toán.

Ví dụ về chia sẻ chi phí trong một thử nghiệm lâm sàng: Giả sử quý vị thực hiện một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm với chi phí \$100 như một phần của nghiên cứu. Phần chi phí của quý vị cho xét nghiệm này là \$20 theo Original Medicare, nhưng xét nghiệm này sẽ là \$10 theo chương trình của chúng tôi. Trong trường hợp này, Original Medicare sẽ trả \$80 cho xét nghiệm và quý vị sẽ trả \$20 đồng thanh toán theo yêu cầu của Original Medicare. Sau đó, quý vị sẽ thông báo cho chương trình của chúng tôi rằng quý vị đã nhận được dịch vụ thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện và gửi tài liệu (như hóa đơn của nhà cung cấp) cho chương trình của chúng tôi. Sau đó chương trình của chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho quý vị \$10. Khoản thanh toán thực tế của quý vị cho dịch vụ kiểm tra là \$10, bằng số tiền quý vị sẽ trả theo các quyền lợi của chương trình của chúng tôi.

Khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng, **Medicare và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho bất kỳ khoản nào sau đây:**

- Nói chung, Medicare *sẽ không* thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang xét nghiệm trừ khi Medicare sẽ bao trả cho vật dụng hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị *không* tham gia nghiên cứu.
- Các vật dụng hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu và không được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe trực tiếp của quý vị. Ví dụ, Medicare sẽ không thanh toán cho các lần chụp CT hàng tháng được thực hiện trong khuôn khổ nghiên cứu nếu bệnh trạng của quý vị thường chỉ yêu cầu chụp CT một lần.

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- Các vật phẩm và dịch vụ do nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho những người tham gia thử nghiệm.

Nhận thêm thông tin về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng

Nhận thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng trong ấn phẩm *Medicare và Nghiên cứu lâm sàng*, có tại <https://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 6 **Các quy tắc để nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế**

Phần 6.1 **Cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì**

Cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho một bệnh trạng thường được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn là trái với tín ngưỡng tôn giáo của hội viên, thì thay vào đó chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ nội trú theo Phần A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Phần 6.2 **Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế**

Để được chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý cho biết quý vị hoàn toàn phản đối việc nhận được điều trị y tế **non-excepted**.

- Dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế **Non-excepted** là bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào *mang tính tự nguyện* và *không bắt buộc* bởi bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế **ngoại lệ** là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế mà quý vị nhận được *không* tự nguyện hoặc *bắt buộc* theo luật Liên Bang, tiểu bang hoặc địa phương.

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

- Cơ sở chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho *non-religious* khía cạnh chăm sóc.
- Nếu quý vị nhận dịch vụ từ tổ chức này và dịch vụ được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở, điều kiện áp dụng sau đây:
 - Quý vị phải có bệnh trạng cho phép quý vị nhận được 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.
 - – và – quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi được nhận vào cơ sở đó, nếu không thời gian quý vị ở lại đó sẽ không được bao trả.

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

Có thể áp dụng giới hạn bao trả bệnh viện nội trú của Medicare. Vui lòng tham khảo Chương 4 của bảng quyền lợi để biết thêm thông tin về các giới hạn bao trả của Bệnh viện Nội trú Medicare.

PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền**Phần 7.1 Quý vị không được sở hữu thiết bị y tế lâu bền sau khi thanh toán một số tiền nhất định theo chương trình của chúng tôi**

Thiết bị y tế lâu bền (Durable medical equipment, DME) bao gồm các vật dụng như thiết bị oxy và tiếp liệu, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm chạy điện, nạng, tiếp liệu tiểu đường, thiết bị tạo âm ngữ, máy bơm truyền tĩnh mạch, máy xông khí dung và giường bệnh viện do nhà cung cấp yêu cầu để hội viên sử dụng tại nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật dụng DME, như bộ phận giả. Các loại DME khác mà quý vị phải thuê.

Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME sẽ sở hữu thiết bị sau khi thanh toán đồng thanh toán cho thiết bị đó trong 13 tháng. Là hội viên của Clever Care Total+, bạn thường xuyên sẽ không có quyền sở hữu các thiết bị DME đã thuê, cho dù quý vị đã trả bao nhiêu tháng cho khoản đồng trả cho thiết bị đó khi còn là hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị sẽ không có quyền sở hữu ngay cả khi quý vị đã thực hiện tới 12 lần thanh toán liên tiếp cho DME theo Original Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi.

Điều gì xảy ra với các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện cho thiết bị y tế lâu bền nếu quý vị chuyển sang Original Medicare?

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

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho thiết bị trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán của quý vị trong Original Medicare không được tính.

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho thiết bị trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị không có quyền sở hữu vật phẩm trong khi tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó quý vị trở lại với Original Medicare. Quý vị sẽ phải thanh toán 13 khoản thanh toán mới liên tục sau khi trở lại Original Medicare mới được sở hữu thiết bị đó. Bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện (dù là cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) đều không được tính.

Phần 7.2 Quy tắc về thiết bị oxy, tiếp liệu và bảo trì

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm về thiết bị oxy của Medicare, Clever Care Total+ sẽ bao trả:

- Cho thuê thiết bị oxy
- Cung cấp oxy và hàm lượng oxy

CHƯƠNG 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

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

Nếu quý vị rời khỏi Clever Care Total+ hoặc không còn cần thiết bị oxy về mặt y tế nữa thì thiết bị oxy phải được trả lại.

Điều gì xảy ra nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và trở lại Original Medicare?

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp oxy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong 5 năm.

Trong 36 tháng đầu tiên, quý vị phải thuê thiết bị. Trong 24 tháng còn lại, nhà cung cấp sẽ cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm thanh toán đồng thanh toán oxy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn tiếp tục sử dụng dịch vụ của nhà cung cấp đó hoặc chuyển sang công ty khác. Lúc này chu kỳ 5 năm lại bắt đầu, ngay cả khi quý vị vẫn sử dụng nhà cung cấp cũ, và quý vị lại phải trả các khoản đồng thanh toán cho 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi chương trình của chúng tôi, chu kỳ 5 năm sẽ bắt đầu lại từ đầu.

CHƯƠNG 4 *Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)*

CHƯƠNG 4***Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)*****PHẦN 1 Hiểu về chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ được bao trả**

Bảng Quyền lợi Y tế liệt kê các dịch vụ được bao trả của quý vị và cho biết quý vị trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ được bao trả với tư cách là hội viên của Clever Care Total+. Phần này cũng cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả, giải thích về các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Phần 1.1 Các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ được bao trả

Các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ được bao trả bao gồm:

- **Tiền khấu trừ:** là số tiền quý vị phải trả cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu chi trả phần của mình. (Phần 1.2 cho quý vị biết thêm về số tiền khấu trừ của chúng tôi đối với một số loại dịch vụ nhất định.)
- **Đồng thanh toán:** số tiền cố định mà quý vị phải trả mỗi khi nhận một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả một đồng thanh toán tại thời điểm nhận dịch vụ y tế. (Bảng Quyền lợi Y tế cho quý vị biết thêm về các đồng thanh toán của mình.)
- **Đồng bảo hiểm:** là tỷ lệ phần trăm mà quý vị phải trả trong tổng chi phí của một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị thanh toán một khoản đồng bảo hiểm tại thời điểm nhận dịch vụ y tế. (Bảng Quyền lợi Y tế cho quý vị biết thêm về tiền đồng bảo hiểm của mình.)

Hầu hết những người đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc tham gia chương trình Qualified Medicare Beneficiary (QMB) không phải thanh toán các khoản tiền khấu trừ, đồng trả hoặc đồng bảo hiểm. Nếu quý vị đang tham gia một trong những chương trình này, hãy đảm bảo xuất trình bằng chứng về khả năng hội đủ điều kiện hưởng Medicaid hoặc QMB cho nhà cung cấp của quý vị.

Phần 1.2 Chương trình của chúng tôi áp dụng tiền khấu trừ cho một số loại dịch vụ

Chương trình của chúng tôi có tiền khấu trừ đối với một số dịch vụ. Cho đến khi quý vị đã chi trả hết số tiền khấu trừ này, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí nằm viện nội trú và/hoặc nằm viện tâm thần nội trú. Khi quý vị đã chi trả hết số tiền khấu trừ của mình, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ này và quý vị sẽ thanh toán phần chi phí của mình. Bảng Quyền lợi Y tế cho biết tiền khoản khấu trừ theo loại dịch vụ.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)**Phần 1.3 Số tiền tối đa quý vị sẽ trả cho các dịch vụ y tế được bao trả là bao nhiêu?**

Chương trình Medicare Advantage có một giới hạn về tổng số tiền xuất túi mà quý vị phải chi trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế trong mạng lưới được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Giới hạn này được gọi là số tiền xuất túi tối đa (MOOP) đối với các dịch vụ y tế. **Đối với năm dương lịch 2026, số tiền MOOP là \$9,250.**

Số tiền quý vị thanh toán tiền khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới được tính vào số tiền xuất túi tối đa này. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc Phần D không được tính vào khoản xuất túi tối đa của quý vị. Nếu đạt đến số tiền xuất túi tối đa \$9,250, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí xuất túi nào trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới dịch vụ. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình (trừ khi phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicaid hoặc một bên thứ ba khác thanh toán cho quý vị).

Phần 1.4 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp tính phí phần chênh lệch cho quý vị

Là hội viên của Clever Care Total+, quý vị có một sự bảo vệ quan trọng vì sau khi quý vị đáp ứng bất kỳ khoản tiền khấu trừ nào, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận được các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Nhà cung cấp không thể lập hóa đơn cho quý vị cho các khoản phí riêng biệt bổ sung, được gọi là **lập hóa đơn phần chênh lệch**. Biện pháp bảo vệ này được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn chi phí của nhà cung cấp cho một dịch vụ và ngay cả khi có tranh chấp và chúng tôi không trả một số khoản phí nhất định cho nhà cung cấp.

Dưới đây là cách bảo vệ khỏi lập hóa đơn phần chênh lệch hoạt động:

- Nếu khoản chia sẻ chi phí của quý vị là một đồng thanh toán (một số tiền định sẵn, ví dụ như \$15.00), thì quý vị chỉ phải trả số tiền đó cho bất kỳ dịch vụ được bao trả nào từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu khoản chia sẻ chi phí của quý vị là tiền đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm trên tổng chi phí), thì quý vị không bao giờ phải trả nhiều hơn tỷ lệ đó. Tuy nhiên, chi phí của quý vị phụ thuộc vào loại nhà cung cấp mà quý vị thăm khám:
 - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị sẽ trả tỷ lệ tiền đồng bảo hiểm nhân với tỷ lệ bồi hoàn từ chương trình của chúng tôi (được xác định trong hợp đồng giữa nhà cung cấp và chương trình của chúng tôi).
 - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới tham gia với Medicare, quý vị sẽ trả tỷ lệ tiền đồng bảo hiểm nhân với tỷ lệ thanh toán của Medicare cho các nhà cung cấp tham gia. (Chương trình chỉ bao trả các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong một số trường hợp nhất định, ví dụ như khi quý vị có giấy giới thiệu hoặc đối với các trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ cần khẩn cấp.)
 - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới không tham gia với Medicare, quý vị sẽ trả tỷ lệ tiền đồng bảo hiểm nhân với tỷ lệ thanh toán của Medicare cho các nhà cung cấp không tham gia. (Chương trình chỉ bao trả các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong một số trường hợp nhất định, ví dụ như khi quý vị

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

có giấy giới thiệu hoặc đối với các trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài khu vực dịch vụ.)

- Nếu quý vị tin rằng một nhà cung cấp đã tính phí phần chênh lệch cho mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

PHẦN 2 Bảng Quyền lợi Y tế cho thấy các phúc lợi và chi phí y tế của quý vị.

Bảng Quyền Lợi Y Tế ở các trang tiếp theo liệt kê các dịch vụ Clever Care Total+ bao trả và số tiền quý vị tự trả cho mỗi dịch vụ (Khoản bao trả thuốc theo toa Phần D có trong Chương 5). Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế chỉ được bao trả khi đáp ứng các yêu cầu sau đây:

- Các dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị phải được cung cấp theo các nguyên tắc bao trả của Medicare.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, tiếp liệu và thiết bị, thuốc Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về hành nghề y tế.
- Đối với những người ghi danh mới, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới có thể không yêu cầu cho phép trước đối với bất kỳ quá trình điều trị tích cực nào, ngay cả khi quá trình điều trị là cho một dịch vụ bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả, trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu, hoặc khi chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp dịch vụ cho các dịch vụ ngoài mạng lưới mà quý vị nhận được.
- Quý vị có một bác sĩ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Một số dịch vụ được nêu trong Bảng Quyền lợi Y tế *chỉ* được bao trả nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác được chúng tôi chấp thuận trước (đôi khi được gọi là cho phép trước). Các dịch vụ được bao trả và cần được phê duyệt trước sẽ được đánh dấu bằng được in đậm trong Bảng Quyền lợi Y tế.
- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị phê duyệt yêu cầu cho phép trước cho một quá trình điều trị, phê duyệt phải có hiệu lực miễn là hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn chăm sóc theo tiêu chí bao trả hiện hành, bệnh sử của quý vị và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.
- Chúng tôi cũng có thể tính phí hành chính cho quý vị nếu quý vị lỡ hẹn hoặc không thanh toán khoản chia sẻ chi phí bắt buộc của mình tại thời điểm dịch vụ. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến các khoản phí hành chính này.

Những điều quan trọng khác cần biết về việc bao trả của chúng tôi:

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

- Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, chúng tôi bao trả mọi dịch vụ mà Original Medicare bao trả. Đối với một số trong các quyền lợi này, quý vị phải trả *nhiều hơn* ở chương trình của chúng tôi so với chương trình Original Medicare. Đối với các quyền lợi khác, quý vị phải trả *ít hơn*. (Để tìm hiểu thêm về việc bao trả và chi phí của Original Medicare, hãy đi tới tài liệu *Medicare và Quý vị 2026*. Xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu một bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.)
- Đối với các dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả những dịch vụ đó miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị kết hợp điều trị hoặc theo dõi tình trạng sức khỏe trong lần thăm khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa, một khoản đồng thanh toán sẽ được áp dụng cho dịch vụ chăm sóc tình trạng sức khỏe.
- Nếu Medicare bổ sung bao trả cho bất kỳ dịch vụ nào trong năm 2026 thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi cũng sẽ chỉ trả cho các dịch vụ đó.
- Nếu quý vị vẫn còn trong khoảng thời gian 2 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi do chương trình bao trả và số tiền chia sẻ chi phí của quý vị không thay đổi trong thời gian này.

Thông tin Quyền lợi quan trọng dành cho Người ghi danh đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung:

- Nếu quý vị được nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán chi phí chương trình thuốc Medicare của mình thì quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung được ước tính khác và/hoặc được giảm mức chia sẻ chi phí được ước tính.

Thông tin quyền lợi quan trọng cho người ghi danh mắc một số bệnh mạn tính

- Nếu được chẩn đoán mắc bất bệnh mạn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người bị bệnh mạn tính.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

- **Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện khác:**
 - Rối loạn sử dụng rượu
 - Rối loạn sử dụng opioid
 - Rối loạn sử dụng cần sa
 - Rối loạn sử dụng thuốc an thần, thôi miên, hoặc lo âu
 - Rối loạn sử dụng cocaine
 - Rối loạn sử dụng chất kích thích khác
 - Nghiện nicotine
 - Rối loạn sử dụng thuốc hít
 - Rối loạn sử dụng chất kích thích thần kinh khác
- **Rối loạn tự miễn dịch:**
 - Viêm khớp vảy nến
 - Viêm khớp dạng thấp
 - Lupus ban đỏ hệ thống
 - Viêm da cơ
 - Viêm đa cơ
 - Viêm động mạch nút
 - Đau đa cơ dạng thấp
 - Xơ cứng bì
- **Ung thư (không bao gồm các tình trạng tiền ung thư hoặc tình trạng tại chỗ)**
- **Rối loạn tim mạch:**
 - Chứng loạn nhịp tim
 - Bệnh động mạch vành
 - Chứng rối loạn truyền tắc huyết khối tĩnh mạch
 - Bệnh mạch máu ngoại vi
- **Suy tim mạn tính**
- **Sa sút trí tuệ**
- **Tiểu đường**
 - Đái tháo đường tuýp 1
 - Đái tháo đường tuýp 2
- **Bệnh đường tiêu hóa mạn tính:**
 - Viêm gan B
 - Viêm gan C
 - Viêm tụy
 - Bệnh viêm ruột
 - Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD)
- **Rối loạn huyết học nặng:**
 - Thiếu máu bất sản
 - Bệnh máu khó đông
 - Giảm tiểu cầu miễn dịch
 - Hội chứng rối loạn sinh tủy
 - Bệnh hồng cầu hình liềm (không bao gồm tình trạng hồng cầu hình liềm)
 - Chứng rối loạn truyền tắc huyết khối tĩnh mạch
- **HIV/AIDS**
- **Rối loạn phổi mạn tính:**
 - Hen suyễn
 - Viêm phế quản mạn tính
 - Khí phế thũng
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
- **Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và tàn tật:**
 - Rối loạn lưỡng cực
 - Rối loạn trầm cảm nặng
 - Rối loạn hoang tưởng
 - Tâm thần phân liệt
 - Rối loạn tâm thần phân liệt
- **Rối loạn thần kinh:**
 - Đau xơ cơ
 - Hội chứng mệt mỏi mạn tính
 - Tổn thương tủy sống
 - Xơ cứng teo cơ bên (ALS),
 - Động kinh
 - Bại não
 - Liệt lan rộng (tức là liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi dưới, liệt một chi)
 - Bệnh Huntington
 - Đa xơ cứng
 - Bệnh Parkinson
 - Bệnh đa dây thần kinh
 - Hẹp cột sống
 - Thiếu hụt thần kinh liên quan đến đột quỵ
- **Đột quỵ**
- **Chăm sóc sau ghép tạng**
- **Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch**

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

- **Bệnh thận mạn tính (CKD):**
 - CKD yêu cầu lọc máu/Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)
 - **Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức:**
 - Bệnh Alzheimer
- Quý vị hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người bị bệnh mạn tính (SSBCI) căn cứ vào các tiêu chí lâm sàng của một bệnh mạn tính do bác sĩ của quý vị xác định và xác nhận. Trong một số trường hợp, quý vị cũng phải tham gia vào một trong các Chương trình Quản lý Trường hợp của chương trình với các mục tiêu và các biện pháp kết quả được xác định.
 - Vui lòng chuyển đến mục *Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho người mắc Bệnh mạn tính* trong Bảng Quyền lợi Y tế bên dưới để biết thêm chi tiết.
 - Hãy liên hệ với chúng tôi để biết chính xác những quyền lợi nào quý vị có thể đủ điều kiện được hưởng.



Quả táo này hiển thị các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền lợi Y tế.

Biểu Quyền Lợi Y Tế

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Khám sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng Một lần siêu âm sàng lọc (tầm soát) cho những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ chi trả cho việc khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, bác sĩ y tá hoặc chuyên gia y tá lâm sàng của quý vị.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện tham gia sàng lọc phòng ngừa này.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Tối đa 12 lần khám trong 90 ngày được bao trả trong các trường hợp sau: Theo mục đích của quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là: • Kéo dài 12 tuần trở lên; • không cụ thể, nghĩa là không xác định được nguyên nhân có hệ thống (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng, v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai nghén. Thêm 8 lần nữa sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có cải thiện. Không quá 20 lần điều trị châm cứu có thể được thực hiện hàng năm. Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc đang yếu đi. Yêu cầu Đối với Nhà cung cấp: Các bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Trợ lý bác sĩ (PA), điều dưỡng điều trị (NP)/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng (CNS) (như được xác định trong phần 1861(aa) (5) của Đạo luật) và nhân viên hỗ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc y học phương Đông của một trường được Ủy ban Chứng nhận về Châm cứu và Đông Y (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) công nhận; và, • giấy phép mới nhất, đầy đủ, đang có hiệu lực và không hạn chế để hành nghề châm cứu ở Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc Đặc khu Columbia.	20% đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Cần được cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo) Nhân viên hỗ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải dưới sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.	
Châm cứu (định kỳ) Chương trình này bao trả không giới hạn các dịch vụ thăm khám châm cứu định kỳ trong mạng lưới (Medicare không bao trả) lên tới số tiền tối đa hàng năm của chương trình mỗi năm.	Trong mạng lưới Không cần cho phép trước hoặc giấy giới thiệu. \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám, lên tới số tiền tối đa của chương trình là \$2,000. Sau khi chương trình thanh toán khoản trợ cấp quyền lợi tối đa cho các lần thăm khám, quý vị phải chịu trách nhiệm cho mọi chi phí còn lại. Khoản trợ cấp tối đa hàng năm của chương trình sẽ không được chuyển sang năm sau.
Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được bao trả, cho dù trong trường hợp khẩn cấp hay không khẩn cấp, bao gồm dịch vụ xe cứu thương cánh cố định, cánh quay và xe cứu thương mặt đất, đến cơ sở thích hợp gần nhất mà có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc nếu dịch vụ này được cung cấp cho một hội viên có tình trạng sức khỏe mà việc di chuyển bằng phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình của chúng tôi cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bao trả không phục vụ trường hợp khẩn cấp thì cần được ghi nhận là với tình trạng của hội viên như vậy, việc vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và vận chuyển bằng xe cứu thương là bắt buộc về mặt y tế.	20% đồng bảo hiểm cho mỗi chuyến xe cứu thương được Medicare chi trả (một chiều). 20% đồng bảo hiểm cho mỗi chuyến cứu thương đường không được Medicare chi trả (một chiều). Việc vận chuyển bằng xe cứu thương trong trường hợp không phải cấp cứu cần có cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Thăm khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã có bảo hiểm Phần B trên 12 tháng, quý vị có thể được thăm khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa được cá nhân hóa dựa trên sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của quý vị. Dịch vụ này được bao trả 12 tháng một lần. Lưu ý: Chuyển thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không được diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i>. Tuy nhiên, quý vị không cần phải có lần thăm khám <i>Chào mừng đến với Medicare</i> mới được bao trả cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có bảo hiểm Phần B trong 12 tháng.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho dịch vụ thăm khám sức khỏe hàng năm.
 Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ bị giảm mật độ xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được bao trả 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật để xác định mật độ xương, phát hiện mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả việc giải thích kết quả của bác sĩ.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho việc đo mật độ xương do Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Một lần chụp quang tuyến vú ban đầu trong độ tuổi từ 35 đến 39 - Một lần chụp quang tuyến vú tầm soát 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên - Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc tiền khấu trừ cho việc chụp quang tuyến vú được Medicare bao trả.
Các dịch vụ phục hồi chức năng tim Các chương trình cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng tim toàn diện bao gồm tập luyện, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện nhất định với của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi cũng bao gồm các chương trình phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu, thường nghiêm ngặt và chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim mạch thông thường.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần khám được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Thăm khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (liệu pháp điều trị bệnh tim mạch) Chúng tôi bao trả một lần thăm khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và cho quý vị những lời khuyên để đảm bảo rằng quý vị đang ăn uống lành mạnh.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch trị liệu hành vi chuyên sâu.
 Xét nghiệm sàng lọc bệnh tim mạch Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan đến tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch) 5 năm một lần (60 tháng).	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho việc xét nghiệm kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.
 Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Đối với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám vùng xương chậu được bao trả 24 tháng một lần • Nếu quý vị có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo hoặc đang trong độ tuổi sinh đẻ và đã làm xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua: một lần xét nghiệm Pap 12 tháng một lần	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc tiền khấu trừ cho các việc khám Pap và khám phụ khoa phòng ngừa do Medicare bao trả.
Các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Chúng tôi chỉ bao trả Dịch vụ nắn bóp cột sống để điều trị trật khớp	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần khám được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính Các dịch vụ hàng tháng được bao trả cho những người đang sống chung với cơn đau mạn tính (đau dai dẳng hoặc tái phát kéo dài hơn 3 tháng). Các dịch vụ có thể bao gồm đánh giá cơn đau, quản lý thuốc, điều phối và lập kế hoạch chăm sóc.	Trong mạng lưới Mức chia sẻ phí tổn cho dịch vụ này sẽ khác nhau tùy theo từng dịch vụ riêng lẻ được cung cấp trong liệu trình điều trị. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Tầm soát ung thư đại trực tràng Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được bao trả: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả 120 tháng (10 năm) một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau lần nội soi ống mềm đại tràng xích-ma trước đó đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần tháng đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi sàng lọc trước đó. - Chụp cắt lớp vi tính cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng và được bao trả khi ít nhất 59 tháng đã trôi qua sau tháng thực hiện chụp cắt lớp vi tính lần cuối hoặc 47 tháng đã trôi qua sau tháng thực hiện nội soi đại tràng sigma mềm sàng lọc lần cuối hoặc nội soi đại tràng sàng lọc. Đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, có thể phải trả tiền cho việc sàng lọc chụp cắt lớp vi tính được thực hiện sau ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện lần sàng lọc cuối cùng chụp cắt lớp vi tính hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. - Nội soi ống mềm đại tràng xích-ma dành cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi ống mềm đại tràng xích-ma hoặc chụp CT đại tràng gần nhất. - Sàng lọc xét nghiệm máu ẩn trong phân cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. - Xét nghiệm tìm DNA trong phân đa mục tiêu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi sàng lọc theo dõi sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng qua phân không xâm lấn được Medicare bao trả cho kết quả dương tính. - Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma mềm hoặc nội soi đại tràng sàng lọc theo kế hoạch có liên quan đến việc cắt bỏ mô hoặc các vật chất khác, hoặc các thủ thuật khác được thực hiện kèm theo, là kết quả của, và trong cùng một lần khám lâm sàng với xét nghiệm sàng lọc.	Không có đồng bảo hiểm, đồng trả, hoặc khoản khấu trừ cho một kỳ khám sàng lọc ung thư đại trực tràng do Medicare bao trả. Nếu bác sĩ của quý vị phát hiện và loại bỏ polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi ống mềm đại tràng xích-ma, lần thăm khám sàng lọc sẽ trở thành thăm khám chẩn đoán.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (ví dụ như làm sạch, khám răng định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, đặc biệt khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị cụ thể đối với tình trạng bệnh lý chính của người thụ hưởng. Ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép tạng. Ngoài ra, chúng tôi còn bao trả: Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa, bao gồm: • Làm sạch răng, hai lần mỗi năm • Khám răng miệng, hai lần mỗi năm • Điều trị bằng florua, một lần mỗi năm • Chụp X-quang phim cánh cắn, hai lần mỗi năm Các dịch vụ nha khoa toàn diện bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Làm sạch sâu cho răng • Trám và điều trị • Ống tủy (Nội nha) • Mão răng • Trồng răng implant • Cầu răng • Răng giả • Nhổ răng và các dịch vụ khác Chương trình của chúng tôi hợp tác với Liberty Dental Plan để cung cấp các quyền lợi nha khoa cho quý vị. Xin lưu ý rằng một số dịch vụ yêu cầu phải đánh giá lâm sàng để được phê duyệt cho phép trước khi điều trị. Một số tài liệu nhất định phải được gửi kèm theo các yêu cầu cho phép trước và được xét duyệt lâm sàng bằng cách sử dụng tài liệu được cung cấp để xác định xem các dịch vụ đó có được chỉ định và phù hợp dựa trên các tiêu chuẩn của ngành hay không và chúng có đáp ứng tất cả các yêu cầu cụ thể cho các dịch vụ đó hay không.	Không yêu cầu phải ở trong mạng lưới. Đối với các dịch vụ nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, Chương trình sẽ thanh toán tối đa số tiền được phép cho các dịch vụ được bao trả, không vượt quá mức trợ cấp được cho phép. Hội viên sẽ chịu trách nhiệm chi trả phần chênh lệch giữa số tiền được lập hóa đơn của nhà cung cấp và số tiền được phép theo hợp đồng. Các giới hạn và loại trừ áp dụng cho một số dịch vụ nha khoa nhất định. Không cần giấy giới thiệu cho các dịch vụ phòng ngừa. Cần có giấy giới thiệu cho các dịch vụ nha khoa toàn diện. Chương trình này cung cấp một khoản trợ cấp hai năm một lần \$1,200 cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Trợ cấp được phân bổ bắt đầu vào ngày có hiệu lực của bảo hiểm của quý vị và ngày 1 tháng 7. Quyền lợi tối đa một năm là \$2,400. Sau các quyền lợi được chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả các chi phí còn lại và có thể sử

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) Bất kỳ biện pháp điều trị nào, theo ý kiến của Liberty Dental, là không cần thiết hoặc không đáp ứng các tiêu chí của chương trình sẽ không được bao trả. Nếu tài liệu cần thiết không được cung cấp, dịch vụ sẽ không thể được đánh giá đầy đủ và do đó sẽ bị từ chối. Nếu yêu cầu cho phép trước bị từ chối vì bất kỳ lý do gì, dịch vụ sẽ không được bao trả và quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả mọi chi phí liên quan. Các thủ thuật nha khoa vì lý do làm đẹp hoặc thẩm mỹ không được bao trả. Phạm vi bảo hiểm được giới hạn cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng liệt kê Quyền lợi. Nếu một dịch vụ không được liệt kê trong bảng nghĩa là dịch vụ đó không được bao gồm và không được bao trả. Để xác định vị trí nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể tìm kiếm danh mục nhà cung cấp trực tuyến tại vi.clevercarehealthplan.com/provider. Quý vị nên làm việc với nha sĩ của mình để kiểm tra mức bao trả quyền lợi trước khi nhận các dịch vụ nha khoa.	dụng trợ cấp linh hoạt như một hình thức thanh toán. Mọi khoản trợ cấp chưa sử dụng vào ngày 30 tháng 6 sẽ được cộng dồn vào giai đoạn sáu tháng tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12. Không bao gồm chỉnh nha. Cần có sự cho phép trước đối với các ca cấy ghép và các dịch vụ khác.
 Sàng lọc bệnh trầm cảm Chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Việc sàng lọc phải được thực hiện trong một cơ sở chăm sóc ban đầu có thể cung cấp điều trị theo dõi và/hoặc chuyển tuyến.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho một lần khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.
 Sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi bao trả cho việc khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm đường huyết lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử có mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc tiền sử có lượng đường trong máu cao (glucose). Các xét nghiệm cũng có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Quý vị có thể đủ điều kiện được tối đa 2 lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường mỗi 12 tháng sau ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của quý vị.	Không có đồng bảo hiểm, đồng trả hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường do Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Tập huấn tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường Dùng cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (người dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Vật tư theo dõi đường huyết của quý vị: máy đo đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị và lưỡi kim chích lấy máu (lancet), và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo. • Đối với những người bị bệnh tiểu đường có bệnh lý bàn chân người tiểu đường nặng: một đôi giày đúc tùy chỉnh điều trị bệnh mỗi năm dương lịch (bao gồm miếng lót đi kèm với giày đó) và thêm 2 cặp miếng lót, hoặc một đôi giày sâu lòng cùng 3 cặp miếng lót (không bao gồm miếng lót tháo được, không tùy chỉnh đi kèm với loại giày đó). Bao trả cả phụ tùng, phụ kiện. • Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường được bao trả trong một số điều kiện nhất định.	Trong mạng lưới 20% khoản đồng thanh toán cho vật tư điều trị bệnh tiểu đường. 20% tiền đồng bảo hiểm cho mỗi đôi giày hoặc lót giày điều trị bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường. Cần được cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 và Chương 3.) Các thiết bị và vật tư được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống nệm có nguồn điện, dụng cụ cho bệnh nhân tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà, máy bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun sương hoặc khung tập đi. Chúng tôi bao trả tất cả các DME cần thiết về mặt y tế mà Original Medicare bao trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không thuộc một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ xem liệu họ có thể đặt hàng riêng cho quý vị hay không. Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ vi.clevercarehealthplan.com. Nói chung, chương trình này bao trả cho bất kỳ DME nào được Original Medicare bao trả từ các nhãn hiệu và nhà sản xuất trong danh sách này. Chúng tôi sẽ không bao trả cho các nhãn hiệu và nhà sản xuất khác trừ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác cho chúng tôi biết rằng nhãn hiệu đó phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị. Nếu quý vị là người mới tham gia chương trình này và đang sử dụng nhãn hiệu DME không có trong danh sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả nhãn hiệu này cho quý vị trong tối đa 90 ngày. Trong thời gian này, quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của mình để quyết định nhãn hiệu nào phù hợp về mặt y tế sau khoảng thời gian 90 ngày này. (Nếu quý vị không đồng ý với bác sĩ của mình, quý vị có thể yêu cầu bác sĩ giới thiệu quý vị để xin ý kiến thứ hai.) Nếu quý vị (hoặc nhà cung cấp của quý vị) không đồng ý với quyết định bao trả của chương trình của chúng tôi, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của nhà cung cấp về sản phẩm hoặc thương hiệu nào phù hợp với tình trạng y tế của quý vị. (Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị, hãy đi tới Chương 9.)	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho các thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. Số tiền chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau 36 tháng ghi danh. Nếu quý vị đã trả tiền thuê 36 tháng cho bảo hiểm thiết bị oxy trước khi quý vị ghi danh vào Clever Care Total+, khoản chia sẻ chi phí của quý vị trong Clever Care Total+ là 20% tiền đồng bảo hiểm, tùy theo cơ cấu chia sẻ chi phí. Cần được cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phương Đông Chương trình của chúng tôi bao gồm các lần thăm khám trị liệu bằng Đông y cho bất kỳ dịch vụ đơn lẻ hoặc kết hợp nào sau đây từ một chuyên gia châm cứu đã ký hợp đồng: • Giác hơi (Cupping)/Cứu ngải (Moxa) • Xoa bóp thông kinh mạch (Tui Na) • Cạo gió (Gua Sha) • Liệu pháp MedX • Bấm huyệt (Reflexology) Mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe không được kéo dài quá 30 phút. Bất kỳ dịch vụ nào kéo dài trên 30 phút sẽ được tính là hai lần thăm khám.	Trong mạng lưới Không cần cho phép trước hoặc giấy giới thiệu. \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám lên đến số lần và thời lượng cho phép tối đa là 24 một năm. Sau khi chương trình thanh toán cho số lần thăm khám tối đa được cho phép, quý vị phải chịu trách nhiệm cho mọi chi phí còn lại. Bất kỳ lần thăm khám nào còn lại sẽ không được chuyển sang năm sau.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu là các dịch vụ: • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định một tình trạng y tế khẩn cấp. Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để không bị mất mạng (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai thì bị hỏng thai), mất chân tay hoặc mất chức năng chân tay. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc một tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết mà quý vị nhận ngoài mạng lưới cũng giống như khi quý vị nhận dịch vụ trong mạng lưới. Bảo hiểm cấp cứu toàn cầu.	\$95 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám tại phòng cấp cứu. Số tiền đồng thanh toán là \$0 nếu quý vị nhập viện trong vòng 72 giờ. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại bệnh viện ngoài mạng lưới 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 chăm sóc HOẶC quý vị phải chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ phí tổn quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. \$0 đồng thanh toán và số tiền tối đa hàng năm kết hợp \$100,000 cho các dịch vụ cấp cứu và/hoặc cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần Chương trình này cung cấp một thẻ Quyền Lợi Linh Hoạt Flex Benefits Mastercard® và trong thẻ có một khoản hỗ trợ chi tiêu mỗi ba tháng để giúp thanh toán cho các hoạt động thể dục liên quan đến sức khỏe tinh thần và thể chất đủ điều kiện: Các loại thuốc không cần kê toa (OTC) • OTC là thuốc và các sản phẩm liên quan đến sức khỏe không cần toa thuốc. • Chương trình của chúng tôi bao trả hàng ngàn loại vật tư OTC, khi được Medicare cho phép. • Mua các mặt hàng trực tuyến và tại các địa điểm bán lẻ. Các thuốc biệt dược cụ thể không có sẵn và số lượng có thể bị hạn chế hoặc cấm. Thảo Dược Bổ Sung • Chương trình này bao trả cho các loại thảo dược bổ sung để điều trị hoặc phòng ngừa các tình trạng như dị ứng, lo lắng, viêm khớp, lưng đau, chàm, mệt mỏi v.v. • Quý vị phải mua thảo dược bổ sung từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Danh sách đầy đủ các chất loại thuốc bổ thảo dược đủ điều kiện có thể được tìm thấy trên trang web của chúng tôi là vi.clevercarehealthplan.com. Hoạt động thể dục Khoản trợ cấp linh hoạt có thể được sử dụng cho các hoạt động đủ điều kiện, bao gồm: • Phí hội viên phòng tập— chi phí hàng tháng cho tư cách hội viên phòng tập thể dục dành cho một người của quý vị, nếu nó là “độc lập” - nghĩa là mục đích chính là cung cấp thiết bị tập thể dục và định hướng hoạt động của cơ sở. Không được phép có huấn luyện viên cá nhân. • Quyền tham gia tập tại một cơ sở thể thao công cộng— phí sử dụng hồ bơi công cộng hoặc sân tennis. Đối với chơi golf, chỉ bao trả chi phí đánh golf hoặc phí sử dụng bãi tập công cộng. • Các lớp thể dục nhóm— phí tham gia một lớp tập thể dục nhóm (ví dụ: thái cực quyền, khiêu vũ, yoga hoặc Pilates) với một người hướng dẫn chính thức, có năng lực. Không bao trả cho các lớp học hoặc bài học riêng.	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình. Quý vị chọn cách tiêu tiền trợ cấp từ danh sách các dịch vụ đủ điều kiện. Sử dụng thẻ quyền lợi linh hoạt Flex Benefits MasterCard® để thanh toán cho các dịch vụ. Chương trình này cung cấp trợ cấp hàng quý là \$600; trợ cấp hàng năm tối đa là \$2,400. Trợ cấp được phân bổ bắt đầu từ ngày hiệu lực của quý vị, sau đó vào ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và/hoặc ngày 1 tháng 10. Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng vào ngày 30 tháng 3, ngày 30 tháng 6 hoặc ngày 30 tháng 9 sẽ chuyển sang quý tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12. Sau khi hết phần quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm về chi phí còn lại. Các giao dịch mua được thực hiện trước ngày cuối cùng của quý sẽ được khấu trừ vào số dư hàng quý hiện tại. Các giao dịch mua được thực hiện vào ngày cuối cùng của quý sẽ được khấu

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các cơ sở dành cho hội viên, như câu lạc bộ golf, câu lạc bộ đồng quê hoặc massage/spa <u>không</u> đủ điều kiện ngay cả khi chúng bao gồm quyền sử dụng phòng tập thể dục. Ngoài ra, khoản trợ cấp không thể được sử dụng cho các chuyến tham quan đi bộ/có hướng dẫn viên hoặc trả cho nhà riêng hoặc người hướng dẫn. Tất cả các yêu cầu phải được phê duyệt của chương trình. Không được sử dụng khoản trợ cấp cho phí bắt đầu hoặc phí ghi danh, phí theo tỷ lệ, phí hàng năm, phí đóng băng trưng mục, phí bảo trì và bất kỳ khoản phí khác hoặc các khoản phạt khác, mua hoặc thuê thiết bị. Cuối cùng, không được sử dụng tiền trợ cấp quyền lợi flex để mua hàng hóa tại một cơ sở. Nha khoa, Nhãn khoa và/hoặc Thính giác - Trợ cấp có thể được sử dụng để thanh toán cho các dịch vụ vượt quá trợ cấp hàng năm của chương trình. Tham khảo phần các dịch vụ Nha khoa, các dịch vụ Thị lực hoặc các dịch vụ Thính giác trong bảng này để biết chi tiết. Thực phẩm - Trợ cấp có thể được sử dụng để mua thực phẩm và nông sản lành mạnh <u>chỉ khi</u> hội viên có một tình trạng mạn tính đủ điều kiện. - Tình trạng mạn tính <u>phải được xác minh</u> bởi Chương Trình và PCP của hội viên. Tham khảo phần Trợ giúp với một số bệnh mạn tính nhất định trong bảng này để biết chi tiết. Thẻ Flex sẽ được gửi ngay sau khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Trước khi sử dụng thẻ, quý vị sẽ cần kích hoạt thẻ bằng cách gọi số (877) 205-8005 (TTY: 711) hoặc truy cập CleverCare.NationsBenefits.com/activate. Quý vị sẽ không nhận được mã PIN cho thẻ của mình; vì vậy, luôn chọn tùy chọn “Tín dụng” chứ không phải “Ghi nợ” khi mua hàng. Theo dõi chi tiêu và số dư trợ cấp của quý vị sử dụng Ứng dụng Benefits Pro hoặc truy cập CleverCare.NationsBenefits.com. Một số đối tác trong mạng lưới của chúng tôi có thể yêu cầu phải mua hàng ở một mức tiền tối thiểu thì mới vận chuyển. Mỗi nhà cung ứng chấp nhận thẻ Quyền lợi Flex có thể có chính sách hoàn trả riêng. Hội viên phải tuân thủ chính sách của nhà cung ứng. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội viên theo số (833) 808-8163 (TTY: 711).	trừ vào số dư của quý tiếp theo. Việc trả lại phải được bắt đầu trước ngày 25 của tháng cuối cùng trong quý để có thời gian xử lý. (Ví dụ: ngày 25 tháng 3 cho quý đầu tiên của năm.) Hội viên sẽ chỉ nhận được tín dụng cho các thiết bị trả lại trong cùng quý đã mua. Các sản phẩm rượu và thuốc lá bị loại trừ khỏi trợ cấp sức khỏe thể chất và tinh thần linh hoạt.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần (tiếp theo)	
Các dịch vụ thính lực Các đánh giá chẩn đoán thính lực và thăng bằng do bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị thực hiện để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không sẽ được chi trả như dịch vụ ngoại trú khi nhận từ bác sĩ, chuyên gia thính học, hoặc bác sĩ/nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác. Chương trình này bao trả các dịch vụ thính lực bổ sung không được Original Medicare bao trả, bao gồm: • Khám kiểm tra thính lực định kỳ • Máy trợ thính (mỗi bên tai, mỗi năm) Quý vị phải mua phụ kiện thông qua NationsHearing. Vui lòng liên hệ với NationsHearing qua số điện thoại (866) 304-7577 (TTY: 711) để biết thêm thông tin hoặc đặt lịch hẹn. Quyền lợi về máy trợ thính bao gồm: • Ba (3) lần tái khám trong năm đầu tiên kể từ ngày lắp lần đầu • Thời gian dùng thử 60 ngày kể từ ngày lắp • 60 viên pin mỗi năm cho mỗi máy trợ thính (cung cấp 3 năm) • 3 năm bảo hành sửa chữa của nhà sản xuất • Bao trả thay thế một lần cho các thiết bị trợ thính bị mất, đánh cắp hoặc hư hỏng • Bộ khuôn tai đầu tiên (khi cần)	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ khám thính lực được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho một lần khám thính giác định kỳ, mỗi năm từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. \$0 đồng thanh toán cho máy trợ thính, tối đa bằng khoản phụ cấp. Chương trình này cung cấp một khoản trợ cấp \$600 mỗi tai, mỗi năm cho máy trợ thính. Sau các quyền lợi được chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả các chi phí còn lại và có thể sử dụng trợ cấp linh hoạt như một hình thức thanh toán. Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12. Máy trợ thính có sẵn thông qua NationsHearing và giới hạn ở các thiết bị cụ thể dựa trên nhu cầu thính lực của quý vị. Tiền khấu trừ được áp dụng cho một lần thay thế máy trợ thính bị mất, bị đánh cắp hoặc bị hư hỏng.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Trợ giúp với một số tình trạng mạn tính nhất định Những người ghi danh có tình trạng bệnh mạn tính được liệt kê ở bên dưới và đáp ứng một số tiêu chí nhất định có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung cho người bị bệnh mạn tính. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt này. Khả năng hội đủ điều kiện tùy thuộc vào sự phê duyệt của Clever Care Health Plan. Áp dụng các giới hạn chẩn đoán. Các bệnh trạng bao gồm: • Rối loạn tự miễn dịch • Ung thư • Rối loạn tim mạch • Nghiện rượu hoặc thuốc mạn tính • Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và tàn tật • Bệnh đường tiêu hóa mạn tính • Suy tim mạn tính • Bệnh thận mạn tính • Rối loạn phổi mạn tính • Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức • Sa sút trí tuệ • Tiểu đường • HIV/AIDS • Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Rối loạn thần kinh • Chăm sóc sau ghép tạng • Rối loạn huyết học nặng • Đột quỵ Để đủ điều kiện, các hội viên mắc bệnh mạn tính có thể tham gia vào chương trình quản lý trường hợp với các hoạt động, mục tiêu và các biện pháp kết quả được xác định. Đánh Giá An Toàn Tại Nhà được giới hạn cho những người đáp ứng các tiêu chí rủi ro té ngã, gặp khó khăn về đi lại, giữ thăng bằng hoặc sự nhanh nhẹn. Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp đã ký hợp đồng của chương trình. Các sản phẩm rượu và thuốc lá bị loại trừ khỏi trợ cấp hàng tạp hóa.	Trong mạng lưới <u>Thực phẩm & nông sản lành mạnh</u> \$0 đồng thanh toán. Sau khi được chương trình chấp thuận, khoản trợ cấp Sức khỏe Thể Chất & Tinh Thần linh hoạt \$600 mỗi quý sẽ được cung cấp để mua các loại thực phẩm và nông sản lành mạnh đã được phê duyệt. <u>Bữa ăn cho người có bệnh mạn tính</u> \$0 đồng thanh toán để hỗ trợ bữa ăn tối đa 3 bữa mỗi ngày trong 14 ngày; không quá 42 bữa ăn mỗi năm cho các hội viên đủ điều kiện. <u>Quyền lợi Nhu cầu Xã hội</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ đồng hành do những người chăm sóc cá nhân phi lâm sàng cung cấp. Các dịch vụ được giới hạn 24 lần, 4 giờ mỗi ca (tổng cộng 96 giờ). <u>Dịch vụ Giám sát Từ xa</u> \$0 đồng thanh toán cho một thiết bị để theo dõi dữ liệu y tế và các dữ liệu sức khỏe khác.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
	<u>Đánh giá An toàn tại Nhà</u> \$0 đồng thanh toán cho tối đa hai lần đánh giá mỗi năm. <u>Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ để hỗ trợ hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Giới hạn 40 giờ mỗi năm. <u>Hỗ trợ cho Người chăm sóc</u> \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc thay thế. Giới hạn 40 giờ chăm sóc mỗi năm. <u>Cần được cho phép trước.</u>
 Sàng lọc HIV Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc những người có nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV, chúng tôi bao trả: - Một lần khám sàng lọc, 12 tháng một lần. Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi bao trả cho: - Tối đa 3 lần khám sàng lọc khi mang thai.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện được sàng lọc HIV phòng ngừa do Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc sức khỏe tại gia Trước khi quý vị nhận các dịch vụ y tế tại nhà, bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ y tế tại nhà và sẽ yêu cầu một cơ quan y tế tại nhà cung cấp các dịch vụ y tế tại nhà. Quý vị phải là người chỉ có thể ở trong nhà, có nghĩa là phải rất khó khăn nếu muốn ra khỏi nhà. Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ y tá chăm sóc sức khỏe tại nhà và điều dưỡng chuyên nghiệp bán thời gian hoặc gián đoạn (để được bao trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ điều dưỡng lành nghề kết hợp với trợ lý y tế tại nhà của quý vị phải có tổng cộng ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, liệu pháp cơ năng và trị liệu ngôn ngữ • Dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và tiếp liệu y tế	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm tiêm thuốc hoặc sinh phẩm vào tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da cho một người tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm) và tiếp liệu (ví dụ, ống và ống thông). Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo chương trình chăm sóc của chúng tôi • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Dịch vụ giám sát để cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà được cung cấp bởi một nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ năng lực	Trong mạng lưới 20% tiền đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả. Giá có thể thay đổi mỗi quý, nhưng chia sẻ chi phí sẽ không quá 20% hoặc \$35 đối với insulin. Quý vị tiếp tục thực hiện thanh toán cho đến khi đạt đến số tiền xuất túi tối đa. Cần được cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc cuối đời Quý vị đủ điều kiện hưởng quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và điều hướng viên y tế chăm sóc cuối đời đã cung cấp cho quý vị tiên lượng giai đoạn cuối, xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối và chỉ sống được từ 6 tháng trở xuống nếu bệnh của quý vị tiến triển bình thường. Quý vị có thể được chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi có nghĩa vụ giúp quý vị tìm thấy các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi, bao gồm cả những chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Thuốc để kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc thay thế ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Khi được nhận vào một cơ sở chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền ở lại trong chương trình của chúng tôi; nếu quý vị tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi thì quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm cho chương trình. Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bao trả mà có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị: Original Medicare (chứ không phải chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp chăm sóc cuối đời cho dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và bất kỳ dịch vụ Phần A và Phần B nào liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Mặc dù quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ lập hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare bao trả. Quý vị sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí Original Medicare. Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bao trả mà không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ không phải cấp cứu, không khẩn cấp được bao trả theo Medicare Phần A hoặc B và không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối, chi phí của quý vị cho các dịch vụ này tùy thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi hay không và tuân thủ các	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ Phần A và Phần B của quý vị liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị sẽ do Original Medicare thanh toán chứ không phải Clever Care Total+.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)**Dịch vụ Được Bao trả****Những gì quý vị phải trả****Chăm sóc cuối đời (tiếp theo)**

nguyên tắc của chương trình (ví dụ như khi có một yêu cầu về cho phép trước).

- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân thủ các nguyên tắc của chương trình về việc nhận dịch vụ, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ phí tổn chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ trong mạng lưới
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí theo Original Medicare

Đối với các dịch vụ được Clever Care Total+ bao trả nhưng không được Medicare Phần A hoặc B bao trả: Clever Care Total+ sẽ tiếp tục chi trả các dịch vụ được chương trình bao trả nhưng không được bao trả theo Phần A hoặc B bất kể chúng có liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị thanh toán số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ này.

Đối với các loại thuốc có thể được bao trả theo quyền lợi Phần D chương trình của chúng tôi: Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng cuối đời của quý vị thì quý vị phải trả khoản chia sẻ chi phí. Nếu chúng có liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, thì quý vị phải trả khoản chia sẻ chi phí Original Medicare. Thuốc không bao giờ được bao trả cùng lúc bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Vui lòng đi tới Phần 9.4 của Chương 5 để biết thêm thông tin).

Lưu ý: Nếu cần dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị), hãy liên hệ với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Chích ngừa Các dịch vụ Medicare Phần B được bao trả bao gồm: • Vắc-xin ngừa bệnh viêm phổi • Chích ngừa (hoặc vắc-xin) cúm/influenza, một lần mỗi mùa cúm/influenza vào mùa thu và mùa đông, kèm theo chích ngừa cúm/influenza (hoặc vắc-xin) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin Viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình bị mắc Viêm gan B • Vắc-xin COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy tắc bao trả của Medicare Phần B Chúng tôi cũng bao trả hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn khác theo quyền lợi thuộc Phần D của chúng tôi. Đi tới Phần 7 của Chương 6 để biết thêm thông tin.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các loại vắc-xin viêm phổi, cúm/influenza, Viêm gan B và COVID-19.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Bao gồm bệnh nhân nội trú cấp tính, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại hình dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày điều trị nội trú cuối cùng của quý vị. Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng toàn phần nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thường xuyên • Chi phí cho các khu chăm sóc đặc biệt (như các khu chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc mạch vành) • Thuốc • Xét nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác • Tiếp liệu y tế và phẫu thuật cần thiết • Sử dụng các thiết bị, ví dụ như xe lăn • Chi phí phòng mổ và phục hồi • Liệu pháp vật lý, cơ năng và ngôn ngữ nói • Dịch vụ nội trú điều trị lạm dụng được chất • Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận-tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt xem xét trường hợp của quý vị và sẽ quyết định liệu quý vị có phải là ứng viên cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ ghép tạng trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài mô hình chăm sóc của cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ tại địa phương của mình miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép tạng tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu Clever Care cung cấp dịch vụ ghép tạng tại một địa điểm ngoài mô hình chăm sóc cấy ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn nhận ghép tạng tại địa điểm ở xa này, chúng	Trong mạng lưới Sau đây là số tiền được Medicare xác định cho năm 2026. Tiền khấu trừ: \$1,736 \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–60 và từ ngày 91 trở đi; \$434 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61–90. Thời gian hưởng quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú và kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới cho trường hợp không khẩn cấp, quý vị phải trả toàn bộ chi phí. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ phí tổn mà quý vị sẽ phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. Cần được cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)**Dịch vụ Được Bao trả****Những gì quý vị phải trả****Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo)**

tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí chỗ ở và đi lại thích hợp cho quý vị và người đi cùng.

- Máu bao gồm cả lưu trữ và sử dụng. Việc bao trả cho máu toàn phần và các tế bào hồng cầu được đóng gói chỉ bắt đầu với pint máu thứ tư mà quý vị cần. Quý vị phải trả chi phí cho 3 pint máu đầu tiên nhận được trong một năm dương lịch hoặc truyền máu do quý vị hoặc người khác hiến. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với pint máu đầu tiên.
- Dịch vụ bác sĩ

Lưu ý: Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải viết lệnh chấp nhận quý vị chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là “bệnh nhân ngoại trú”. Nếu không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.

Nhận thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare *Quyền lợi Bệnh viện của Medicare*. Tờ thông tin này có sẵn tại <https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần Các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần nằm viện. Chương trình của chúng tôi bao trả đến 90 ngày trong một cơ sở tâm thần nội trú được bao trả. Có giới hạn trọn đời 190 ngày đối với các dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần. Mức giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại một khoa tâm thần của một bệnh viện đa khoa.	Trong mạng lưới Sau đây là số tiền được Medicare xác định cho năm 2026. Tiền khấu trừ: \$1,736 \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–60 và từ ngày 91 trở đi; \$434 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61–90. Thời gian hưởng quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú và kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới cho trường hợp không khẩn cấp, quý vị phải trả toàn bộ chi phí. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được tại một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian điều trị nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã sử dụng hết quyền lợi điều trị nội trú của mình hoặc nếu thời gian điều trị nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không chi trả cho thời gian điều trị nội trú của quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả một số dịch vụ nhất định mà quý vị nhận được khi đang nằm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) • Liệu pháp tia X (x-quang), radium và đồng vị (xạ trị) bao gồm các vật liệu và dịch vụ kỹ thuật viên • Băng vết thương phẫu thuật • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp • Các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình (không phải nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần của một cơ quan bên trong cơ thể (bao gồm mô tiếp giáp), hoặc tất cả hoặc một phần chức năng của một bộ phận bên trong cơ thể không hoạt động hoặc bị trục trặc vĩnh viễn, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó • Nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ; khung, chân, cánh tay và mắt giả bao gồm cả điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do gãy vỡ, mòn, mất hoặc thay đổi tình trạng thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, liệu pháp ngôn ngữ và liệu pháp cơ năng	Quý vị sẽ thanh toán phần chia sẻ phí tổn áp dụng cho các dịch vụ này như thể chúng được cung cấp trên cơ sở bệnh nhân ngoại trú. Vui lòng tham khảo phần quyền lợi áp dụng trong biểu này. Quý vị phải trả toàn bộ chi phí nếu ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn lâu hơn thời gian chương trình của quý vị bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người bị tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu), hoặc sau khi ghép thận khi được bác sĩ giới thiệu. Chúng tôi bao trả 3 giờ cho các dịch vụ tư vấn trực tiếp trong năm đầu tiên khi quý vị nhận được các dịch vụ điều trị dinh dưỡng y tế theo Medicare (điều này bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ Chương trình Medicare Advantage nào khác, hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị với sự giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu của họ hàng năm nếu việc điều trị của quý vị là cần thiết trong năm dương lịch tiếp theo.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện nhận các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế do Medicare bao trả.
 Chương trình Phòng chống Bệnh tiểu đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Các dịch vụ MDPP được bao trả cho những người đủ điều kiện theo tất cả các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare. MDPP là một can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho quyền lợi MDPP.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Thuốc theo toa Medicare Phần B Các loại thuốc này được bao trả theo Phần B của Original Medicare. Các hội viên trong chương trình của chúng tôi được bao trả cho các loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Thuốc được bao trả bao gồm: • Các loại thuốc thường không được bệnh nhân tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận dịch vụ của bác sĩ, ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu • Insulin được cung cấp thông qua một hạng mục thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (ví dụ như máy phun sương) đã được chương trình của chúng tôi cho phép • Thuốc Alzheimer, Leqembi®, (tên chung là lecanemab), được dùng qua đường tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần chụp chiếu và xét nghiệm bổ sung trước và/hoặc trong quá trình điều trị có thể làm tăng tổng chi phí của quý vị. Trao đổi với bác sĩ của quý vị về những lần chụp và xét nghiệm quý vị có thể cần như một phần của điều trị. • Các yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị bệnh máu khó đông • Thuốc cấy ghép/Thuốc ức chế miễn dịch: Medicare bao trả liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare thanh toán cho ca cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có bảo hiểm Phần A tại thời điểm cấy ghép được bao trả và quý vị phải có bảo hiểm Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Bảo hiểm thuốc Medicare Phần D bao trả cho các thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao trả cho các thuốc đó • Các loại thuốc tiêm điều trị loãng xương, nếu quý vị ở nhà bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến chứng loãng xương sau mãn kinh và không thể tự dùng thuốc • Một số kháng nguyên: Medicare bao trả các kháng nguyên nếu bác sĩ pha chế và một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) cung cấp cho họ dưới sự giám sát thích hợp • Một số loại thuốc chống ung thư đường uống: Medicare bao trả cho một số loại thuốc điều trị ung thư đường uống mà quý vị dùng qua đường uống nếu có sẵn cùng một loại thuốc ở dạng tiêm hoặc thuốc là tiền được (một dạng uống của một loại thuốc, khi ăn vào, sẽ phân hủy thành cùng một thành phần hoạt tính có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có các loại thuốc điều trị ung thư miệng mới, Phần B có thể bao trả cho các loại thuốc này. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả	0-20% tiền đồng bảo hiểm của số tiền Medicare cho phép đối với các loại thuốc hóa trị và các loại thuốc Phần B khác. Giá có thể thay đổi hàng quý, nhưng mức chia sẻ chi phí sẽ không vượt quá 20% hoặc \$35 cho insulin cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả

Những gì quý vị phải trả

Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp theo)

- Thuốc chống buồn nôn đường uống: Medicare bao trả cho các loại thuốc chống buồn nôn đường uống mà quý vị sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được sử dụng trước, trong hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một phương pháp điều trị thay thế đầy đủ cho thuốc chống buồn nôn đường tĩnh mạch
- Một số loại thuốc điều trị Bệnh Thận Giai đoạn cuối (ESRD) qua đường uống được bao trả theo Medicare Phần B
- Thuốc Calcimimetic và thuốc gắn phốt-phát theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar®
- Một số loại thuốc nhất định để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin, khi cần thiết về mặt y tế và thuốc gây tê tại chỗ
- Các thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare bao trả erythropoietin dùng đường tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)
- Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà các bệnh do suy giảm miễn dịch nguyên phát
- Dinh dưỡng qua đường ruột và ngoài đường tiêu hóa (cho ăn qua đường tĩnh mạch và qua ống)

Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Phần B và hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn theo quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi.

Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để được chi trả theo toa. Những gì quý vị thanh toán cho thuốc Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích tại Chương 6.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Khám sàng lọc và trị liệu bệnh béo phì để thúc đẩy việc giảm cân bền vững Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được bao trả nếu quý vị nhận được trong cơ sở của bác sĩ chăm sóc chính, nơi dịch vụ này có thể được phối hợp với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho việc khám và điều trị phòng ngừa béo phì.
Các dịch vụ chương trình điều trị opioid Các hội viên trong chương trình của chúng tôi bị rối loạn sử dụng chất chứa opioid (opioid use disorder, OUD) có thể được bao trả cho các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương Trình Điều Trị Lạm Dụng Opioid (Opioid Treatment Program, OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) đã phê duyệt các loại thuốc hỗ trợ điều trị bằng thuốc đối kháng và chất chủ vận opioid (MAT). • Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn lạm dụng chất gây nghiện • Liệu pháp cá nhân và theo nhóm • Xét nghiệm độc chất • Các hoạt động tiếp nhận • Khám định kỳ	Trong mạng lưới 20% đồng thanh toán mỗi dịch vụ bao gồm các buổi trị liệu nhóm hoặc cá nhân. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và tiếp liệu điều trị Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Chụp X-quang • Liệu pháp xạ trị (radium và đồng vị) bao gồm kỹ thuật viên và tiếp liệu • Tiếp liệu phẫu thuật, ví dụ như băng gạc • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Máu bao gồm cả lưu trữ và sử dụng. Việc bao trả chi phí cho toàn bộ máu và gói hồng cầu chỉ bắt đầu từ pint máu thứ tư mà quý vị cần - quý vị phải trả chi phí cho 3 pint máu đầu tiên nhận được trong một năm dương lịch hoặc truyền máu do quý vị hoặc người khác hiến. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với pint máu đầu tiên được sử dụng. • Các xét nghiệm chẩn đoán ngoài phòng thí nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và PET khi bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu để điều trị một vấn đề y tế. • Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	Trong mạng lưới \$0 cho dịch vụ chẩn đoán bằng hình ảnh cơ bản, tiếp liệu phẫu thuật, xét nghiệm và xét nghiệm máu. 20% đồng bảo hiểm cho dịch vụ chụp X-quang, dịch vụ chẩn đoán bằng hình ảnh nâng cao (chụp MRI, CT, PET). 20% tiền đồng bảo hiểm cho các dịch vụ xạ trị. Mặc dù quý vị phải trả 20% cho các dịch vụ xạ trị nhưng sẽ không bao giờ phải trả nhiều hơn tổng số tiền phải trả tối đa trong năm. Nếu nhiều dịch vụ được nhận trong cùng một ngày và cùng một địa điểm, số tiền đồng thanh toán tối đa sẽ được áp dụng. Nếu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện được cung cấp để xác định xem quý vị có cần được nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện. Đối với các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện được bao trả, các dịch vụ này phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi được cung cấp theo yêu cầu của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được luật tiểu bang cấp phép và nhân viên bệnh viện theo quy định của pháp luật cho phép tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc xét nghiệm ngoại trú theo yêu cầu. Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu tiếp nhận quý vị như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ phí tổn cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu không chắc mình là bệnh nhân ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nhận thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare <i>Quyền lợi Bệnh viện của Medicare</i>. Tờ thông tin này có sẵn tại https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho theo dõi ngoại trú tại bệnh viện. Cần được cho phép trước.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích. Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, ví dụ như dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nằm viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú sẽ được yêu cầu mà không cần đến nó • Chụp X-quang và các dịch vụ chụp chiếu khác do bệnh viện lập hóa đơn • Tiếp liệu y tế như nẹp và bó bột • Một số loại thuốc và sinh phẩm mà quý vị không thể tự cung cấp cho mình Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu tiếp nhận quý vị như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ phí tổn cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu không chắc mình là bệnh nhân ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép, chuyên gia tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng, phụ tá bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ năng lực khác của Medicare được luật pháp tiểu bang hiện hành cho phép.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho các buổi trị liệu cá nhân và/hoặc nhóm ngoại trú. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú được cung cấp tại nhiều cơ sở ngoại trú khác nhau, ví dụ như các khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng chuyên gia trị liệu độc lập và Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF).	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ trị liệu phục hồi chức năng được Medicare đài thọ. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho mỗi buổi tư vấn được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật cấp cứu Lưu ý: Nếu quý vị đang được phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của mình xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu tiếp nhận quý vị như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ phí tổn cho phẫu thuật ngoại trú. Ngay cả khi ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm đối với cơ sở điều trị ngoại trú được Medicare bao trả hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu <i>Nhập viện một phần</i> là một chương trình có cấu trúc về điều trị tâm thần tích cực được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc nhận được tại văn phòng của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc văn phòng tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép và là một lựa chọn thay thế cho nhập viện nội trú. <i>Dịch vụ ngoại trú Chuyên sâu</i> là một chương trình có cấu trúc về điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp trong một khoa ngoại trú của bệnh viện, một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, một trung tâm y tế đạt tiêu chuẩn liên bang, hoặc một trạm y tế ở khu vực nông thôn mà chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc nhận được tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc văn phòng tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít nghiêm trọng hơn so với nhập viện một phần.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm mỗi lần nhập viện đối với dịch vụ nhập viện một phần và dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
Hệ thống Ứng phó Khẩn cấp Cá nhân (Personal Emergency Response System, PERS) Những hội viên cảm thấy mình có nguy cơ té ngã hoặc gặp trường hợp khẩn cấp tại nhà có thể yêu cầu thiết bị giám sát di động này. Dịch vụ kết nối quý vị với trung tâm phản hồi 24 giờ chỉ bằng một nút nhấn.	Không cần cho phép trước hoặc giấy giới thiệu. \$0 đồng thanh toán cho một thiết bị mỗi năm.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận, khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác - Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa - Khám thính lực và thăng bằng cơ bản do bác sĩ chuyên khoa thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không - Dịch vụ thăm khám từ xa cho các cuộc thăm khám hàng tháng liên quan đến Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối cho các hội viên lọc máu tại nhà hoặc tại trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc tích cực tại bệnh viện, hoặc tại nhà của hội viên - Dịch vụ thăm khám từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ, bất kể quý vị ở đâu - Dịch vụ thăm khám từ xa dành cho các hội viên mắc chứng rối loạn sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời xảy ra, bất kể họ ở đâu - Các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: - Quý vị có một cuộc thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên của mình - Quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong thời gian nhận các dịch vụ từ xa này - Có thể có ngoại lệ cho các trường hợp nhất định - Các dịch vụ thăm khám sức khỏe tâm thần từ xa do các Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và Trung tâm Y tế Đủ điều kiện của Liên Bang cung cấp - Kiểm tra trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút <u>nếu</u>: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Việc kiểm tra không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và - Việc kiểm tra không dẫn đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn đã định sớm nhất - Đánh giá qua video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ, giải thích và theo dõi của bác sĩ trong vòng 24 giờ <u>nếu</u>:	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được thực hiện bởi một PCP cho các quyền lợi được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được thực hiện bởi một bác sĩ chuyên khoa cho các quyền lợi được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa được thực hiện bởi PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa cho các quyền lợi được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ (tiếp theo) - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Đánh giá không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và - Đánh giá không dẫn đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn đã định sớm nhất - Tham vấn bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử - Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật	
Các dịch vụ điều trị bệnh về chân Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các thương tích và bệnh ở bàn chân (ví dụ như ngón chân khoằm hoặc gai gót chân) - Chăm sóc bàn chân định kỳ cho hội viên có một số bệnh trạng ảnh hưởng đến chi dưới	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho các dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám lên đến số lần và thời lượng cho phép tối đa là 12 lần một năm. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
 Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu quý vị không bị nhiễm HIV, nhưng bác sĩ của quý vị hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác xác định quý vị có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn, chúng tôi bao trả cho thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Thuốc PrEP uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt. Nếu quý vị đang nhận thuốc tiêm, chúng tôi cũng bao trả phí tiêm thuốc. - Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm nguy cơ HIV và tuân thủ thuốc) mỗi 12 tháng. - Tối đa 8 lần khám sàng lọc HIV mỗi 12 tháng. Khám sàng lọc vi-rút viêm gan B một lần.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho quyền lợi PrEP.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ sau, 12 tháng một lần: • Khám trực tràng kỹ thuật số • Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với xét nghiệm PSA hàng năm.
Các thiết bị giả và chỉnh hình cùng nguồn tiếp liệu liên quan Các bộ phận (trừ nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Các dịch vụ này bao gồm nhưng không giới hạn ở kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo về cách sử dụng các thiết bị giả và chỉnh hình: túi hậu môn nhân tạo và tiếp liệu liên quan trực tiếp đến chăm sóc hậu môn giả, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày giả, chân tay giả và vú giả (bao gồm cả áo lót phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú). Bao gồm một số tiếp liệu liên quan đến các thiết bị giả và chỉnh hình và sửa chữa và/hoặc thay thế các thiết bị giả và chỉnh hình. Cũng bao gồm một số bao trả sau khi cắt bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – đi tới phần <i>Chăm sóc thị lực</i> ở bảng này trong phần sau để biết thêm chi tiết.	Trong mạng lưới 20% tiền đồng bảo hiểm đối với các bộ phận giả và tiếp liệu y tế được Medicare chi trả. Cần được cho phép trước.
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được bao trả cho các hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) từ trung bình đến rất nặng và có giấy giới thiệu để phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính.	Trong mạng lưới 20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần khám phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Phòng Ngừa Tái Nhập Viện (Phục Hồi tại Nhà) Chương trình này cung cấp một quyền lợi kết hợp để hỗ trợ quá trình hồi phục ngay sau khi xuất viện sau khi nằm viện nội trú hoặc ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị sẽ nhận được: • Dịch vụ điều phối chăm sóc cá nhân • Bữa ăn giao tận nhà • Dịch vụ hỗ trợ tại nhà Ngoài ra, dịch vụ vận chuyển được cung cấp cho các cuộc hẹn y tế, thăm khám tại nhà thuốc hoặc các chuyến đi khứ hồi từ các cơ sở chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, cùng với các lần thăm khám kiểm tra sức khỏe định kỳ.	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ sau được cung cấp sau khi xuất viện từ bệnh viện nội trú hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF). <i>Không bao gồm xuất viện từ Trung Tâm Phẫu Thuật Trong Ngày.</i> Gọi cho Dịch vụ Hội viên trong vòng 7 ngày kể từ ngày xuất viện để các dịch vụ được cho phép. <u>Điều phối Chăm sóc</u> \$0 đồng thanh toán. Quý vị sẽ nhận được một cuộc gọi theo dõi cá nhân từ người quản lý trường hợp trong vòng 72 giờ để giúp đánh giá thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc và các dịch vụ hỗ trợ khác khi cần. <u>Bữa ăn Giao tận Nhà</u> \$0 đồng trả để hỗ trợ bữa ăn tối đa 3 bữa mỗi ngày trong 28 ngày; không quá 84 bữa ăn mỗi năm. <u>Hỗ trợ tại nhà</u> \$0 đồng thanh toán để nhận được tối đa 60 giờ hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày (ADL) như việc vật trong gia đình, mặc quần áo, làm việc nhỏ trong sân, nhận thuốc, đăng ký tài khoản công thông tin bệnh nhân, mua sắm thực

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
	phẩm và mua sắm các mặt hàng thiết yếu. Cần được cho phép trước.
 Khám sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu nhưng không phải là người phụ thuộc vào rượu. Nếu quý vị có kết quả sàng lọc là đang lạm dụng rượu, quý vị có thể được tư vấn trực tiếp 4 buổi một năm (nếu quý vị có đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên đủ năng lực cung cấp tại một cơ sở chăm sóc chính.	Không áp dụng đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ nào cho quyền lợi khám sàng lọc và tư vấn giảm lạm dụng rượu được Medicare bao trả.
 Tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Đối với những cá nhân đủ điều kiện, LDCT được bảo hiểm 12 tháng một lần. Các hội viên đủ điều kiện là những người từ 50-77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất là 20 bao thuốc một năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua; những người đã nhận được yêu cầu làm LDCT trong lần tư vấn sàng lọc ung thư phổi và lần khám ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí của Medicare đối với các lần thăm khám đó và được cung cấp bởi một bác sĩ hoặc chuyên gia đủ năng lực không phải là bác sĩ. <i>Đối với sàng lọc ung thư phổi LDCT sau khi khám sàng lọc LDCT ban đầu:</i> các hội viên phải nhận được yêu cầu sàng lọc ung thư phổi LDCT, có thể được cung cấp trong bất kỳ lần thăm khám thích hợp nào với bác sĩ hoặc chuyên viên đủ năng lực không phải bác sĩ. Nếu bác sĩ hoặc chuyên viên đủ năng lực không phải bác sĩ chọn cung cấp tư vấn sàng lọc ung thư phổi và thăm khám ra quyết định chung để sàng lọc ung thư phổi tiếp theo bằng LDCT, lần thăm khám phải đáp ứng tiêu chí của Medicare cho các lần thăm khám đó.	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng trả hoặc khấu trừ nào cho tư vấn và thăm khám ra quyết định chung của Medicare hoặc cho LDCT.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Sàng lọc nhiễm vi-rút viêm gan C Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc Viêm gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác yêu cầu một lần khám và quý vị đáp ứng một trong những điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị sử dụng hoặc đã sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp. • Quý vị đã được truyền máu trước năm 1992. • Quý vị sinh ra trong khoảng thời gian từ 1945-1965. Nếu quý vị sinh từ năm 1945-1965 và không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi sẽ thanh toán cho khám sàng lọc một lần. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị đã tiếp tục sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp kể từ lần xét nghiệm sàng lọc Viêm gan C âm tính trước đó của quý vị), chúng tôi bao trả cho các lần khám sàng lọc hàng năm.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc vi-rút Viêm gan C do Medicare bao trả.
 Tầm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn để ngăn ngừa STI Chúng tôi bao trả cho khám sàng lọc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) để tìm bệnh chlamydia, bệnh lậu, giang mai và Viêm Gan B. Các sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ cao mắc STI khi xét nghiệm được nhà cung cấp chăm sóc chính yêu cầu. Chúng tôi bao trả các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Chúng tôi cũng bao trả cho tối đa 2 buổi tư vấn hành vi có độ chuyên sâu cao kéo dài từ 20 đến 30 phút mỗi năm cho người lớn có quan hệ tình dục có nguy cơ bị STI ngày càng cao. Chúng tôi chỉ bao trả cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu dịch vụ đó được cung cấp bởi một nhà cung cấp chăm sóc chính và diễn ra tại cơ sở của nhà cung cấp, ví dụ như văn phòng bác sĩ.	Không áp dụng đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc tiền khấu trừ cho việc khám sàng lọc STI do Medicare bao trả và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa STI.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp các hội viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của họ. Đối với các hội viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa 6 buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận trong suốt cuộc đời - Điều trị lọc máu ngoại trú (bao gồm điều trị lọc máu khi tạm thời rời khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích tại Chương 3,) hoặc khi nhà cung cấp này của quý vị tạm thời không sẵn sàng phục vụ hoặc không thể tiếp cận được) - Điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị được nhập viện tới tư cách là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện để được chăm sóc đặc biệt) - Đào tạo tự lọc máu (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị lọc máu tại nhà) - Thiết bị và tiếp liệu để lọc máu tại nhà - Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (ví dụ như các lần thăm khám của nhân viên lọc máu được đào tạo để kiểm tra lọc máu tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn cấp nước của quý vị, khi cần thiết) Một số loại thuốc để lọc máu được bao trả theo Medicare Phần B. Để biết thông tin về bao trả cho Thuốc Phần B, hãy xem Thuốc Medicare Phần B trong bảng này.	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận. 20% tiền đồng bảo hiểm của số tiền Medicare cho phép cho mỗi lần điều trị lọc máu do Medicare bao trả. Điều này bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám chuyên gia (thăm khám tại phòng khám của bác sĩ chuyên khoa thận) và tại cơ sở lọc máu. Lọc máu nhận được như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện sẽ được bao trả theo quyền lợi nội trú tại bệnh viện của quý vị. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy đi tới Chương 12. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn, đôi khi được gọi là SNF.) Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng lành nghề • Vật lý trị liệu, liệu pháp cơ năng và trị liệu ngôn ngữ • Thuốc được sử dụng cho quý vị như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị (bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, ví dụ như các yếu tố đông máu.) • Máu bao gồm cả lưu trữ và sử dụng. Việc bao trả chi phí cho toàn bộ máu và gói hồng cầu chỉ bắt đầu từ pint máu thứ tư mà quý vị cần - quý vị phải trả chi phí cho 3 pint máu đầu tiên nhận được trong một năm dương lịch hoặc truyền máu do quý vị hoặc người khác hiến. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với pint máu đầu tiên được sử dụng. • Tiếp liệu y tế và phẫu thuật thường được cung cấp bởi SNF • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được cung cấp bởi SNF • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán bằng hình ảnh khác thường được cung cấp bởi SNF • Sử dụng các thiết bị như xe lăn thường được cung cấp bởi SNF • Dịch vụ bác sĩ/bác sĩ thực hành Nói chung, quý vị nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, trong một số điều kiện nhất định, quý vị có thể trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình của 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 nhà điều dưỡng này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề) • Một SNF nơi vợ/chồng của quý vị sống tại thời điểm quý vị rời bệnh viện	Trong mạng lưới Sau đây là số tiền được Medicare xác định cho năm 2026. Đối với mỗi lần ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare bao trả, quý vị phải trả: \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–20; \$217 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 21–100 Không yêu cầu nằm viện trước đó. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Hút thuốc và cai thuốc lá (tư vấn bỏ hút thuốc hoặc ngừng sử dụng thuốc lá) Tư vấn cai thuốc lá và cai thuốc lá được bao trả cho bệnh nhân ngoại trú và nhập viện đáp ứng các tiêu chí sau: • Sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không • Có năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn • Một bác sĩ có trình độ hoặc bác sĩ khác được Medicare công nhận cung cấp dịch vụ tư vấn Chúng tôi bao trả 2 lần thử cai thuốc mỗi năm (mỗi lần thử có thể bao gồm tối đa 4 buổi trung gian hoặc chuyên sâu, với bệnh nhân nhận được tối đa 8 buổi mỗi năm.)	Không áp dụng đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các quyền lợi phòng ngừa cai thuốc lá và ngừng sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.
Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người mắc Bệnh Mạn tính Chương trình này cung cấp quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện hưởng những quyền lợi này. Tham khảo hàng Trợ giúp với Một số Bệnh mạn tính Nhất định của bảng quyền lợi này.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp, nếu PCP của quý vị xác minh tình trạng đủ điều kiện.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (SET) SET được bao trả cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD) và được bác sĩ phụ trách điều trị PAD giới thiệu. Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần được ghi danh nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi tập kéo dài 30-60 phút, trong đó có một chương trình tập luyện trị liệu cho bệnh PAD ở các bệnh nhân đi khắp khiêng • Được tiến hành tại bệnh viện ngoại trú hoặc tại văn phòng bác sĩ • Được cung cấp bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo lợi ích cao hơn tác hại và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc bác sĩ y tá/chuyên gia y tá lâm sàng, những người phải được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả hơn 36 buổi trong 12 tuần thêm 36 buổi trong một khoảng thời gian kéo dài nếu chuyên gia chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế.	Trong mạng lưới 20% tiền đồng bảo hiểm cho mỗi buổi. Phải có cho phép trước và giấy giới thiệu.
Các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa Quý vị có thể thực hiện thăm khám từ xa qua điện thoại, máy tính bảng hoặc máy tính để bàn. • Thăm, khám qua cuộc gọi video do văn phòng của bác sĩ của quý vị cung cấp • Thăm khám Teladoc® (Các bác sĩ Teladoc có thể chẩn đoán và điều trị các tình trạng không khẩn cấp và kê toa thuốc khi cần thiết về mặt y tế.) Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần Teladoc luôn sẵn sàng phục vụ 24 giờ một ngày cho các vấn đề sức khỏe không khẩn cấp. Gọi 1-800-TELADOC (835-2362) hoặc truy cập trang web Teladoc.com để đặt lịch hẹn.	Trong mạng lưới Không cần cho phép trước. \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám qua video của quý vị do PCP thực hiện. \$0 đồng thanh toán cho thăm khám sức khỏe thể chất hoặc tâm thần thông qua mạng lưới các nhà cung cấp Teladoc.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các chuyến đi lại (thông thường) Chương trình bao gồm dịch vụ vận chuyển đường bộ không cấp cứu thông qua CareCar. CareCar hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và có thể cung cấp dịch vụ vận chuyển bằng xe lăn hoặc xe gurney. Các chuyến đi được giới hạn trong phạm vi 30 dặm, một chiều, trong khu vực dịch vụ của chương trình để nhận các dịch vụ và chăm sóc liên quan đến sức khỏe theo quyền lợi của chương trình. • Chuyến một chiều (30 dặm trở xuống): được tính là một chuyến • Chuyến một chiều (hơn 30 dặm) được tính là hai chuyến • Chuyến khứ hồi (30 dặm trở xuống) được tính là hai chuyến • Một chuyến khứ hồi (hơn 30 dặm) được tính là bốn chuyến Để đặt chuyến xe, vui lòng gọi đến số 1-844-743-4344 hoặc truy cập trang web getcarecar.com. Quý vị sẽ nhận được cuộc gọi 10-15 phút trước khi tài xế hoặc đại diện CareCar đến đón để cung cấp thời gian dự kiến đến (ETA). Chuyến khứ hồi phải được lên lịch trước ít nhất 36 giờ. Các chuyến xếp lịch trước trong khoảng thời gian dưới 24 giờ được CareCar thực hiện với khả năng tốt nhất và không được đảm bảo. Hủy chuyến xe cần phải thông báo trước 24 giờ. • Nếu chuyến xe đã được lên lịch, sau đó bị hủy trước chưa đầy 24 giờ – chúng tôi sẽ khấu trừ số lượng chuyến thích hợp (một chiều tương đương một chuyến, chuyến khứ hồi tương đương hai chuyến, bất kể số dặm). Để biết thêm thông tin về các địa điểm được chương trình phê duyệt, vui lòng gọi Bộ phận Dịch vụ Hội viên theo số được in trên bìa sau của tập sách này).	Trong mạng lưới Không cần cho phép trước. \$0 đồng thanh toán cho 48 chuyến một chiều chuyến đi một chiều, không khẩn cấp, mỗi năm.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp Một dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc, ngay cả khi quý vị đang ở trong khu vực đó, việc quý vị tìm kiếm dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý, xét đến các yếu tố về thời gian, địa điểm và hoàn cảnh. Chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. Các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có. Khoản bao trả khẩn thiết trên toàn thế giới.	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ cần thiết khẩn cấp. \$0 đồng thanh toán và số tiền tối đa hàng năm kết hợp \$100,000 cho các dịch vụ cấp cứu và/hoặc cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
 Chăm sóc thị lực Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chấn thương ở mắt, bao gồm cả điều trị thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Original Medicare không chi trả cho việc khám mắt định kỳ (khúc xạ mắt) cho kính đeo mắt/kính áp tròng. - Đối với những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: những người có tiền sử gia đình bị bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc các nước nói tiếng Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên. - Đối với những người mắc bệnh tiểu đường, việc tầm soát bệnh võng mạc tiểu đường được chi trả mỗi năm một lần. - Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm cả việc đặt một thấu kính nội nhãn. Nếu quý vị có 2 lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể giữ lại quyền lợi này sau lần phẫu thuật đầu tiên và mua 2 mắt kính sau lần phẫu thuật thứ hai. Chăm sóc thị lực (định kỳ) - Khám mắt định kỳ - Kính mắt (gọng, mắt kính hoặc kính áp tròng) - Nâng cấp Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới VSP Vision Care.	Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám mắt được Medicare bao trả để điều trị tình trạng về mắt. \$0 đồng thanh toán để khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp được Medicare chi trả. \$0 đồng thanh toán đối với bệnh võng mạc tiểu đường được Medicare chi trả. \$0 đồng thanh toán cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng được Medicare bảo hiểm sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể. Cần được cho phép trước. Không cần giấy giới thiệu cho các lần khám định kỳ. \$0 đồng thanh toán khám mắt định kỳ 1 lần. Chương trình này cung cấp khoản trợ cấp hàng năm là \$350 \$0 đồng thanh toán cho kính mắt (gọng kính, tròng kính hoặc kính áp tròng) trong phạm vi hạn mức được cho phép. Sau các quyền lợi được chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả các chi phí còn lại và có thể sử dụng trợ cấp linh hoạt như một hình thức thanh toán.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Dịch vụ Được Bao trả	Những gì quý vị phải trả
	Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.
 Thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare Chương trình của chúng tôi bao trả cho lần khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i> một lần. Lần khám này bao gồm đánh giá sức khỏe cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm một số sàng lọc và chích ngừa (hoặc vắc-xin) nhất định) và giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần. Quan trọng: Chúng tôi chỉ bao trả cho thăm khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i> trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch thăm khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.	Không áp dụng đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc tiền khấu trừ cho lần khám phòng ngừa <i>Chào mừng đến với Medicare</i> .

PHẦN 3 Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (trường hợp loại trừ)

Phần này cho quý vị biết những dịch vụ nào bị loại trừ khỏi bảo hiểm Medicare và do đó không được chương trình này bao trả.

Biểu dưới đây liệt kê các dịch vụ và vật tư không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị sẽ phải tự trả tiền, trừ các trường hợp đặc biệt được nêu dưới đây. Ngay cả khi quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ đó vẫn không được bao trả và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho chúng. Ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ bị khiếu nại và được quyết định sau khi có kháng nghị rằng đó dịch vụ y tế mà đáng lẽ chúng tôi phải trả tiền hoặc bao trả vì tình trạng bệnh cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng nghị một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về việc không bao trả dịch vụ y tế, vui lòng xem Mục 5.3 của Chương 9.)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Châm cứu	Dành cho những người bị đau lưng dưới mạn tính trong một số trường hợp nhất định.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ	Được bao trả trong trường hợp bị thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị dị tật Được bao trả cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như để vú không bị ảnh hưởng để có hình dạng cân xứng
Chăm sóc giám hộ (trông nom) Chăm sóc giám hộ là chăm sóc cá nhân không yêu cầu sự chăm sóc liên tục của nhân viên y tế hoặc nhân viên y tế được đào tạo, ví dụ như chăm sóc giúp quý vị trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, chẳng hạn như tắm hoặc thay quần áo	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Các quy trình y tế và phẫu thuật, thiết bị, và thuốc thử nghiệm Các quy trình và hạng mục thử nghiệm là những vật tư và thủ tục được Original Medicare xác định là không được cộng đồng y tế chấp nhận chung	Có thể được Original Medicare bao trả theo một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc theo chương trình của chúng tôi. (Đi tới Phần 5 của Chương 3 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng.)
Phí chăm sóc bởi người thân trực tiếp của quý vị hoặc các thành viên trong gia đình của quý vị	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị.	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Bữa ăn giao tận nhà	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Dịch vụ nội trợ bao gồm trợ giúp cơ bản trong gia đình, gồm dọn dẹp nhà cửa hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Các dịch vụ sử dụng liệu pháp thiên nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Chăm sóc nha khoa không định kỳ	Chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh hoặc thương tích có thể được bao trả như chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải tự trả)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Giày chỉnh hình hoặc thiết bị hỗ trợ cho bàn chân	Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày điều trị cho những người bị bệnh bàn chân do tiểu đường
Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, ví dụ như điện thoại hoặc TV	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Phòng riêng trong bệnh viện	Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế
Thủ thuật phục hồi khả năng sinh sản và/hoặc các dụng cụ tránh thai không theo toa	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Chăm sóc chỉnh hình định kỳ	Dịch vụ nắn bóp cột sống để điều trị chứng thoát vị được bao trả
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như làm sạch, trám răng hoặc răng giả	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Khám mắt định kỳ, kính mắt, giải phẫu giác mạc hướng tâm, phẫu thuật LASIK và các dụng cụ hỗ trợ thị lực kém khác	Một cặp kính mắt có gọng tiêu chuẩn (hoặc một bộ kính áp tròng) được bao trả sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể cấy ghép thấu kính nội nhãn.
Chăm sóc bàn chân định kỳ	Khám bàn chân định kỳ được bao trả tối đa số lần khám tối đa hàng năm. Xem Biểu Quyền Lợi Y Tế ở trên để biết thêm chi tiết. Một số bảo hiểm hạn chế được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare (ví dụ, nếu quý vị bị bệnh tiểu đường)
Khám thính giác định kỳ, máy trợ thính hoặc khám để lắp máy trợ thính	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào

CHƯƠNG 5:

Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

PHẦN 1 Các quy tắc cơ bản về bảo hiểm thuốc Phần D chương trình của chúng tôi

Truy cập Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4 để biết các quyền lợi thuốc Medicare Phần B và quyền lợi thuốc chăm sóc cuối đời.

Nói chung, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả thuốc của quý vị, miễn là quý vị tuân theo các quy tắc sau:

- Quý vị phải nhờ nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) kê cho quý vị toa thuốc hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được nằm trong Danh sách Loại trừ hoặc Loại trừ trước của Medicare.
- Nói chung quý vị thường phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa (Đi tới Phần 2), hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa bác sĩ thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện chương trình của chúng tôi.
- Thuốc của quý vị phải có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi (đi tới Phần 3).
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. “Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc sử dụng thuốc đã được FDA phê duyệt hoặc được một số sách tham khảo khuyến nghị. (Đi tới Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Thuốc của quý vị có thể yêu cầu sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi dựa trên một số tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó. (Đi tới Phần 4 trong chương này để biết thêm thông tin)

PHẦN 2 Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình

Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị *chỉ* được bao trả nếu được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. (Đi tới Phần 2.5 để biết thông tin về các trường hợp chúng tôi sẽ bao trả các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc có hợp đồng với chương trình của chúng tôi cung cấp thuốc được bao trả của quý vị. Thuật ngữ “thuốc được bao trả” có nghĩa là tất cả các loại thuốc Phần D trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi.

Phần 2.1 Các nhà thuốc trong mạng lưới

Tìm nhà thuốc trong mạng lưới tại khu vực của mình?

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, hãy truy cập *Danh mục Nhà thuốc* của quý vị, truy cập trang web của chúng tôi (vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy), và/hoặc gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc mà quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong mạng lưới khác trong khu vực của mình, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc sử dụng *Danh mục Nhà thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thông tin trên trang web của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com.

Nhà thuốc chuyên khoa

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

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho cư dân của người sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thông thường, cơ sở LTC (ví dụ như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thuốc Phần D tại cơ sở LTC, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).
- Các nhà thuốc phục vụ cho Dịch vụ Sức khỏe Dành cho Người Da Đỏ/Bộ Lạc/Chương trình Sức khỏe Dành cho Người Da Đỏ Đô thị (không có sẵn tại Puerto Rico). Trừ các trường hợp khẩn cấp, chỉ người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa mới có quyền sử dụng các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc phân phối các loại thuốc bị FDA hạn chế ở một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, điều phối của nhà cung cấp hoặc giáo dục về việc sử dụng chúng. Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, hãy đi tới *Danh mục Nhà thuốc* của quý vị vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc gọi Dịch vụ Hội viên.

Phần 2.2 Dịch vụ mua qua đường bưu điện chương trình của chúng tôi

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nói chung, các loại thuốc được cung cấp thông qua đặt hàng qua bưu điện là những loại thuốc quý vị dùng thường xuyên, cho tình trạng bệnh mạn tính hoặc lâu dài. Các loại thuốc này được đánh dấu là thuốc **đặt mua qua đường bưu điện** trong Danh mục Thuốc của chúng tôi.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng **ít nhất 30 ngày và không quá 100 ngày**.

Để có được thông tin về việc đặt mua thuốc qua bưu điện, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi (số điện thoại và trang web được liệt kê ở mặt sau của tập sách này).

Thông thường, thuốc đặt mua qua bưu điện sẽ được giao đến quý vị trong vòng không quá 10 ngày. Nếu đơn hàng của quý vị bị trì hoãn, vui lòng gọi cho CVS Caremark theo số 1-866-693-4620.

Các toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được trực tiếp từ văn phòng bác sĩ của quý vị. Nhà thuốc sẽ tự động điền và cung cấp các toa thuốc mới mà họ nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần kiểm tra với quý vị trước, nếu:

- Trước đây, quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện với chương trình này, hoặc
- Quý vị đăng ký để nhận tự động tất cả các toa thuốc mới nhận trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu tự động giao tất cả các toa thuốc mới bất cứ lúc nào bằng cách gọi 1-833-843-0559.

Nếu quý vị nhận được toa thuốc tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn và không được liên hệ để xem liệu quý vị có muốn toa thuốc hay không trước khi toa thuốc được giao, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn lại tiền.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng đặt hàng qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động điền và gửi từng toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo gọi 1-833-843-0559.

Nếu quý vị chưa từng sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động cấp toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi nhận toa thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem liệu quý vị có muốn được cấp thuốc bổ sung và vận chuyển ngay hay không. Điều quan trọng là phải trả lời mỗi khi được nhà thuốc liên hệ để cho họ biết là toa thuốc mới đang được giao, bị chậm trễ hay bị hủy.

Để chọn không tham gia gửi tự động các toa thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi 1-833-843-0559.

Mua thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện. Để bổ sung thuốc cho các toa thuốc, quý vị có tùy chọn đăng ký chương trình bổ sung thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu tự động xử lý lần bổ sung thuốc tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi vận chuyển mỗi lần mua thêm thuốc để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc thuốc của quý vị đã thay đổi.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm toa thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua bưu điện gửi toa thuốc cho quý vị, hãy liên hệ với nhà thuốc của quý vị 14 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được giao kịp thời.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Để chọn không tham gia chương trình của chúng tôi tự động chuẩn bị mua thêm thuốc đặt mua qua đường bưu điện, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi 1-833-843-0559.

Nếu quý vị nhận được thuốc bổ sung tự động gửi qua đường bưu điện, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn lại tiền.

Phần 2.3 - Cách nhận lượng thuốc dùng dài hạn

Chương trình của chúng tôi cung cấp 2 cách để nhận được lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là lượng thuốc đủ dùng kéo dài) của thuốc duy trì trong Danh Sách Thuốc của chương trình của chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên, để trị bệnh mạn tính hoặc lâu dài.) Quý vị có thể yêu cầu cấp thuốc này bằng đặt mua qua bưu điện (xem Mục 2.3) hoặc có thể đến một nhà thuốc bán lẻ.

1. Một số hiệu thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị nhận lượng thuốc duy trì dài hạn. *Danh mục Nhà thuốc* vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy cho quý vị biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể nhận được thuốc duy trì thông qua chương trình đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi. Đi tới Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

Phần 2.4 Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi

Nói chung, chúng tôi *chỉ* bao trả các loại thuốc 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 bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa của mình với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi. **Trước tiên hãy kiểm tra với Dịch vụ Hội viên** theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để xem có nhà thuốc trong mạng lưới gần đó không.

Chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong những trường hợp này:

- Quý vị đang đi du lịch trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ và bị ốm hoặc mất hoặc hết thuốc theo toa.
- Thuốc theo toa dùng cho trường hợp cấp cứu y tế hoặc chăm sóc khẩn cấp.
- Quý vị không thể kịp thời mua thuốc được bao trả trong khu vực dịch vụ của chúng tôi vì nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp dịch vụ 24 giờ không có sẵn trong khoảng cách lái xe 25 dặm.
- Quý vị đang mua thuốc kê toa cho một loại thuốc được bao trả mà không được dự trữ thường xuyên tại một nhà thuốc bán lẻ có thể tiếp cận trong mạng lưới (ví dụ, một loại thuốc đơn lẻ hoặc được phẩm chuyên khoa khác).

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí (thay vì khoản chia sẻ chi phí thông thường của quý vị) tại thời điểm quý vị mua thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. (Đi tới Phần 2 của Chương 7 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

lại tiền cho quý vị.) Quý vị có thể phải trả khoản chênh lệch giữa số tiền mà quý vị phải trả cho thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

PHẦN 3 Thuốc của quý vị phải có trong Danh Sách Thuốc của chương trình

Phần 3.1 Danh Sách Thuốc cho biết loại thuốc Phần D nào được bao trả

Chương trình của chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (Danh Mục Thuốc). Trong tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này, **chúng tôi gọi là Danh Sách Thuốc**.

Các loại thuốc trong danh mục này được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh mục đáp ứng yêu cầu của Medicare và đã được Medicare phê duyệt. Danh Sách Thuốc hiển thị các loại thuốc được Medicare Phần D bao trả.

Thông thường, chúng tôi sẽ bao trả một loại thuốc trong Danh mục Thuốc chương trình của chúng tôi, với điều kiện quý vị tuân thủ các quy tắc bao trả khác được trình bày trong chương này và việc sử dụng thuốc hoặc chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng loại thuốc:

- Đã được FDA phê duyệt để chẩn đoán hoặc tình trạng bệnh mà vì đó nó được kê toa hoặc
- Được khuyến nghị bởi một số tài liệu tham khảo, ví dụ như thông tin về Danh mục thuốc Dịch vụ Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin Micromedex DRUGDEX.

Một số loại thuốc có thể được bao trả cho một số bệnh trạng nhưng được coi là không có trong danh mục thuốc cho các bệnh khác. Các loại thuốc này sẽ được xác định trong Danh Sách Thuốc và trong Công cụ Tìm kiếm Chương trình Medicare, cùng với các bệnh trạng cụ thể được bao trả.

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

Thuốc biệt dược là thuốc kê toa được bán dưới một tên có nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Các sản phẩm sinh học là các loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Trong Danh Sách Thuốc, khi chúng ta đề cập đến thuốc, thì đó có thể có nghĩa là một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là thuốc kê toa có thành phần hoạt chất tương tự như thuốc biệt dược. Các sản phẩm sinh học có các lựa chọn thay thế được gọi là thuốc tương tự sinh học. Nói chung, thuốc gốc và thuốc tương tự sinh học cũng có tác dụng như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học ban đầu và thường có chi phí thấp hơn. Có các chất thay thế thuốc gốc cho nhiều loại biệt dược và các chất thay thế tương tự sinh học cho một số sản phẩm sinh học ban đầu. Một số thuốc tương tự sinh học là các thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi cho nhau và, tùy thuộc vào luật tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể được thay thế cho thuốc biệt dược.

Đi tới Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc có thể có trong Danh mục Thuốc.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Thuốc không kê toa

Chương trình của chúng tôi cũng bao trả một số loại thuốc không kê toa. Một số loại thuốc không kê toa rẻ hơn thuốc kê toa và cũng có hiệu quả tương tự. Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để biết thêm thông tin.

Thuốc không có trong Danh Sách Thuốc

Chương trình của chúng tôi không bao trả cho tất cả các loại thuốc theo toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả một số loại thuốc nhất định. (Đi tới Phần 7.1 để biết thêm thông tin.)
- Trong các trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào Danh Sách Thuốc.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể mua được một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc. (Đi tới Phần Chương 9 để biết thêm thông tin.)

Phần 3.2 Sáu bậc chia sẻ chi phí cho các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc

Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc càng cao thì chi phí mua thuốc của quý vị càng cao:

- Bậc 1 bao gồm thuốc Gốc Ưu tiên. (Bậc chi phí thấp nhất.)
- Bậc 2 bao gồm các loại thuốc Gốc.
- Bậc 3 bao gồm các loại Biệt Dược Ưu Tiên.
- Bậc 4 bao gồm các loại Biệt Dược Không Ưu tiên.
- Bậc 5 bao gồm các loại Thuốc Đặc Trị. (Mức chi phí cao nhất.)
- Bậc 6 bao gồm thuốc Chăm sóc Chọn lọc

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi. Số tiền quý vị trả cho thuốc trong mỗi bậc chia sẻ chi phí được trình bày tại Chương 6.

Phần 3.3 Làm thế nào quý vị biết được một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc hay không

Để tìm hiểu xem một loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không, quý vị có các tùy chọn sau:

- Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi được cung cấp dưới dạng điện tử.
- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi (vi.clevercarehealthplan.com/druglist). Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là mới nhất.
- Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc của chương trình hay không, hoặc để yêu cầu một bản sao danh sách.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

- Sử dụng “Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực” (vi.clevercarehealthplan.com) của chương trình chúng tôi để tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc nhằm ước tính số tiền quý vị phải trả và xem liệu có loại thuốc thay thế nào trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị tình trạng tương tự hay không. Quý vị cũng có thể gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

PHẦN 4 Thuốc có hạn chế về bao trả

Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc có những hạn chế

Đối với một số loại thuốc kê toa, chương trình của chúng tôi có các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi bao trả cho các loại thuốc đó. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã phát triển các quy tắc này để khuyến khích hội viên và nhà cung cấp sử dụng thuốc theo những cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Danh Sách Thuốc.

Nếu có một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn và hiệu quả về mặt y tế tương đương với một loại thuốc chi phí cao hơn, các quy tắc chương trình của chúng tôi được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng tùy chọn chi phí thấp hơn đó.

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Đó là vì cùng một loại thuốc nhưng có thể phân biệt trên cơ sở hàm lượng, số lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị kê toa, và có thể áp dụng các hạn chế hoặc mức chia sẻ chi phí khác nhau cho các dạng khác nhau của thuốc (ví dụ, 10 mg hay 100 mg; mỗi ngày 1 lần hay mỗi ngày 2 lần; dạng viên nén hay dung dịch).

Phần 4.2 Các loại hạn chế

Nếu có hạn chế đối với thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bao trả thuốc. Hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để tìm hiểu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể làm gì để được bao trả cho thuốc. **Nếu quý vị muốn chúng tôi từ bỏ hạn chế cho mình, quý vị cần sử dụng quy trình quyết định bao trả và yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ.** Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý từ bỏ hạn chế cho quý vị. (Đi tới Chương 9.)

Được chương trình phê duyệt trước

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước dựa trên các tiêu chí cụ thể, trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó cho quý vị. Đây được gọi là **cho phép trước**. Việc này được thực hiện để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng một số loại thuốc phù hợp. Nếu quý vị không nhận được phê duyệt trước này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình của chúng tôi bao trả. Quý vị có thể lấy tiêu chí cho phép trước của chương trình chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi vi.clevercarehealthplan.com.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Thử một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này khuyến khích quý vị thử các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường có hiệu quả tương đương trước khi chương trình của chúng tôi chi trả cho một loại thuốc khác. Ví dụ: Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một tình trạng bệnh lý, chương trình của chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không phù hợp với quý vị thì chương trình của chúng tôi sẽ bao trả Thuốc B. Yêu cầu thử một loại thuốc khác trước này được gọi là **liệu pháp từng bước**. Quý vị có thể lấy tiêu chí trị liệu từng bước của chương trình chúng tôi bằng cách gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi vi.clevercarehealthplan.com/formulary.

Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận mỗi lần mua thuốc theo toa của mình. Ví dụ: nếu thông thường chỉ uống một viên thuốc mỗi ngày cho một loại thuốc nhất định được coi là an toàn, chúng tôi có thể giới hạn bảo hiểm cho đơn thuốc của quý vị không quá một viên thuốc mỗi ngày.

PHẦN 5 **Quý vị có thể làm gì nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn**

Có những tình huống mà thuốc theo toa quý vị dùng hoặc quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi có những hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc có thể không được bao trả. Hoặc có thể một phiên bản thuốc gốc của thuốc có thể được bao trả nhưng phiên bản biệt dược mà quý vị muốn dùng lại không được bao trả.
- Thuốc được bao trả, nhưng có các quy định hoặc hạn chế bổ sung đối với việc bao trả.

Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc bị hạn chế, dưới đây là các lựa chọn quý vị có thể làm:

- Quý vị có thể nhận được lượng thuốc cung cấp tạm thời.
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu một **ngoại lệ** và yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả thuốc hoặc loại bỏ các hạn chế đối với thuốc.

Quý vị có thể nhận được lượng thuốc cung cấp tạm thời

Trong một số trường hợp, chương trình của chúng tôi phải cung cấp lượng thuốc cấp tạm thời mà quý vị đang dùng. Nguồn cung tạm thời này sẽ giúp quý vị có thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của mình về sự thay đổi.

Để đủ điều kiện nhận nguồn cung cấp tạm thời, loại thuốc quý vị đã sử dụng **phải không còn trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi HOẶC hiện bị hạn chế vì lý do nào đó**.

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc cấp tạm thời của quý vị trong **90 ngày đầu tiên** kể từ ngày quý vị trở thành hội viên chương trình của chúng tôi.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

- **Nếu năm ngoái quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi**, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc cấp tạm thời của quý vị trong thời gian **đầu tiên 90 ngày** trong năm dương lịch.
- Lượng thuốc đủ dùng tạm thời này sẽ đủ dùng tối đa trong 30 ngày. Nếu thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép lấy nhiều lần để cung cấp lượng thuốc tối đa là **ngày 30 ngày** dùng thuốc. Thuốc theo toa phải mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với lượng ít hơn mỗi lần để tránh lãng phí).
- **Dành cho các hội viên đã tham gia chương trình của chúng tôi trong hơn 90 ngày và sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần vật tư ngay lập tức:**

Chúng tôi sẽ chi trả cho **Lượng thuốc khẩn cấp cụ thể đủ dùng trong 31-day**, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Đây là phần bổ sung cho việc cấp thuốc dùng tạm thời nêu trên.

Nếu quý vị có thắc mắc về việc cấp thuốc tạm thời, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

Trong thời gian sử dụng lượng thuốc tạm thời, quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp của mình để quyết định phải làm gì khi nguồn cung cấp tạm thời của quý vị hết. Quý vị có 2 lựa chọn:

Lựa chọn 1. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.

Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu có một loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi bao trả có thể hiệu quả với quý vị hay không. Hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả điều trị cùng một tình trạng bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm được loại thuốc được bao trả phù hợp với quý vị.

Lựa chọn 2. Quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của mình có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép ngoại lệ và bao trả thuốc theo cách quý vị mong muốn. Nếu nhà cung cấp nói rằng quý vị có lý do y tế giải trình cho việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả thuốc ngay cả khi thuốc đó không có trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra ngoại lệ và bao trả cho thuốc mà không có hạn chế.

Nếu quý vị là hội viên hiện tại và loại thuốc quý vị dùng sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó trong năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về mọi thay đổi vào trước năm mới. Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ trước năm sau và chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc giấy xác nhận của bác sĩ kê toa). Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép bao trả trước chi phí thuốc khi thay đổi có hiệu lực.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy đi tới Phần 6.4 của Chương 9 để được hướng dẫn. Phần này trình bày các thủ tục và thời hạn mà Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Phần 5.1 Cần làm gì nếu thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao?

Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, quý vị có thể thực hiện các việc dưới đây:

Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.

Nếu thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị. Có thể có một loại thuốc khác trong bậc chia sẻ chi phí thấp hơn hiệu quả với quý vị. Hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả điều trị cùng một tình trạng bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm được loại thuốc được bao trả phù hợp với quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ đối với bậc chia sẻ chi phí cho thuốc để quý vị phải trả ít hơn. Nếu nhà cung cấp nói rằng quý vị có lý do y tế giải trình cho việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với quy tắc.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy đi tới Phần 6.4 của Chương 9 để được hướng dẫn. Phần này trình bày các thủ tục và thời hạn mà Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

Thuốc trong Bậc 5 không đủ điều kiện cho loại ngoại lệ này. Chúng tôi không giảm khoản chia sẻ phí tổn cho thuốc thuộc bậc này.

PHẦN 6 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi về bao trả thuốc xảy ra vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên trong năm, chương trình của chúng tôi có thể có một số thay đổi đối với Danh Sách Thuốc. Ví dụ, chương trình của chúng tôi có thể:

- **Thêm hoặc xóa các loại thuốc khỏi Danh Sách Thuốc**
- **Chuyển thuốc sang bậc chia sẻ phí tổn cao hơn hoặc thấp hơn**
- **Thêm hoặc bỏ một hạn chế về bao trả đối với một loại thuốc**
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc**
- **Thay thế một sản phẩm sinh học ban đầu bằng một phiên bản thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi của sản phẩm sinh học**

Chúng tôi phải tuân theo các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi.

Thông tin về những thay đổi đối với bao trả thuốc

Khi những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng thường xuyên cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến.

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Đôi khi quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với một loại thuốc mà quý vị dùng.

Các thay đổi về bao trả thuốc ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này.

- **Thêm các loại thuốc mới vào Danh Sách Thuốc và ngay lập tức loại bỏ hoặc thay đổi một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc.**
 - Khi thêm một phiên bản mới của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới, hoặc áp dụng cả hai. Phiên bản mới của thuốc sẽ là cùng mức chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này ngay lập tức nếu chúng tôi thêm một phiên bản thuốc gốc mới của một nhãn hiệu hoặc thêm một số phiên bản thuốc tương tự sinh học mới nhất định của một sản phẩm sinh học ban đầu đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và cho quý vị biết sau, ngay cả khi quý vị đang dùng loại thuốc mà chúng tôi sẽ loại bỏ hoặc thực hiện các thay đổi. Nếu quý vị sử dụng loại thuốc tương tự tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết thông tin về bất kỳ thay đổi cụ thể nào mà chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm các loại thuốc vào Danh Sách Thuốc và ngay lập tức loại bỏ hoặc thay đổi một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc với thông báo trước.**
 - Khi thêm một phiên bản thuốc khác vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển thuốc đó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới, hoặc áp dụng cả hai. Phiên bản thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ nằm trong cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và cùng mức chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi đang thêm một phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc tương tự sinh học mới nhất định của một sản phẩm sinh học ban đầu đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả Mua phiên bản thuốc quý vị đang dùng trong 30 ngày.
- **Loại bỏ thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc bị rút khỏi thị trường.**
 - Đôi khi một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc ngừng sử dụng trên thị trường vì một lý do khác. Nếu việc này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện thay đổi khác đối với các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác sau khi năm chương trình đã bắt đầu mà có thể ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ, chúng tôi dựa trên cảnh báo ghi

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

trên tờ hướng dẫn sản phẩm của FDA hoặc hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi này, hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả cho lượng thuốc dùng trong 30 ngày của phiên bản thuốc quý vị đang dùng.

Nếu chúng tôi thực hiện các thay đổi đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị dùng, hãy nói chuyện với bác sĩ kê toa của quý vị về các lựa chọn phù hợp nhất với quý vị, bao gồm cả việc thay đổi sang một loại thuốc khác để điều trị tình trạng của quý vị hoặc yêu cầu quyết định bao trả để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị dùng. Quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng ngoại lệ để tiếp tục bao trả cho loại thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị dùng. Đi tới Chương 9 để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm trường hợp ngoại lệ.

Các thay đổi đối với Danh mục thuốc không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

Chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi đối với Danh mục Thuốc không được mô tả ở trên. Trong các trường hợp này, thay đổi sẽ không áp dụng cho quý vị nếu quý vị đang dùng thuốc khi thay đổi được thực hiện; tuy nhiên, các thay đổi này có thể sẽ ảnh hưởng đến quý vị bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tiếp theo nếu quý vị vẫn tham gia chương trình.

Nói chung, các thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại là:

- Chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang bậc chia sẽ phí tốn cao hơn.
- Chúng tôi đưa ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi loại bỏ thuốc của quý vị khỏi Danh Sách Thuốc.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với loại thuốc quý vị sử dụng (trừ việc thu hồi trên thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được lưu ý trong các phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị hoặc số tiền quý vị phải trả dưới dạng phần chia sẽ chi phí của mình cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau.

Chúng tôi sẽ không thông báo trực tiếp cho quý vị biết về những loại thay đổi này trong năm chương trình hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra Danh Sách Thuốc cho năm chương trình tiếp theo (khi danh mục có sẵn trong giai đoạn ghi danh mở) để xem liệu có bất kỳ thay đổi nào đối với các loại thuốc mà quý vị dùng sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

PHẦN 7 Các loại thuốc chúng tôi không bao trả

Một số loại thuốc theo toa bị *loại trừ*. Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho những loại thuốc này.

Nếu quý vị nhận được các loại thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự trả tiền cho chúng (ngoại trừ một số loại thuốc bị loại trừ được bao trả theo bảo hiểm thuốc nâng cao của chúng tôi). Nếu quý vị kháng nghị và loại thuốc yêu cầu được phát hiện là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả cho thuốc đó. (Để biết thông tin về cách kháng nghị một quyết định, vui lòng xem Chương 9.)

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

Dưới đây là 3 quy tắc chung về các loại thuốc mà các chương trình thuốc Medicare sẽ không bao trả theo Phần D:

- Bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc sẽ được Medicare Phần A hoặc Phần B. bao trả.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho thuốc mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho sử dụng thuốc *ngoài hướng dẫn* khi việc sử dụng không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, ví dụ như Thông tin về Danh mục thuốc Dịch vụ Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin Micromedex DRUGDEX. Sử dụng *ngoài hướng dẫn* là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào ngoài các mục đích được chỉ định trên nhãn thuốc theo phê duyệt của FDA.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc sau đây không được chương trình thuốc Medicare bao trả:

- Thuốc không kê toa (còn được gọi là thuốc mua tự do)
- Thuốc dùng để tăng khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh
- Thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để kích thích mọc tóc
- Các sản phẩm vitamin và khoáng chất kê toa, ngoại trừ vitamin bổ sung cho thai phụ và các chế phẩm chứa florua
- Thuốc dùng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng để điều trị biếng ăn, sụt cân, tăng cân
- Các loại thuốc dùng cho bệnh nhân ngoại trú mà nhà sản xuất yêu cầu các xét nghiệm hoặc dịch vụ giám sát liên quan chỉ được mua từ nhà sản xuất như một điều kiện bán hàng

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung cho một số loại thuốc theo toa (bảo hiểm thuốc nâng cao) thường không được bao trả trong chương trình thuốc theo toa Medicare. Chương trình của chúng tôi bao gồm các đơn thuốc ho (benzonatate), vitamin (B12, D2, Axit Folic) và thuốc điều trị rối loạn cương dương (giới hạn ở mức 6 viên mỗi 30 ngày). Số tiền quý vị phải trả cho các loại thuốc này không được tính vào điều kiện giúp quý vị đủ tiêu chuẩn chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. (Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương được mô tả trong tại Phần 6 của Chương 6 của tài liệu này.)

Nếu quý vị **nhận Trợ giúp Bổ sung từ Medicare** để thanh toán cho thuốc theo toa của mình, chương trình Trợ giúp Bổ sung sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. (Truy cập Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể bao trả một số loại thuốc theo toa thường không được bao trả trong chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare. Liên hệ với chương trình Medicaid của tiểu bang để xác định loại bảo hiểm thuốc nào có thể có sẵn cho quý vị. (Tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid trong Chương 2, Phần 6.)

Nếu quý vị nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán cho thuốc theo toa của mình, chương trình Trợ giúp Bổ sung sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

bao trả một số loại thuốc theo toa mà bình thường không được bao trả trong chương trình thuốc của Medicare. Hãy liên hệ với chương trình Medicaid tại tiểu bang của quý vị để xác định những khoản bao trả thuốc nào có thể có sẵn cho quý vị. (Tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Phần 6 của Chương 2.)

PHẦN 8 Cách mua thuốc theo toa

Để mua thuốc theo toa, hãy cung cấp thông tin hội viên chương trình của chúng tôi (có ghi trên thẻ hội viên) cho nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi cho chương trình của chúng tôi hóa đơn cho phần chia sẻ chi phí *của chúng tôi* cho thuốc của quý vị. Quý vị phải thanh toán cho nhà thuốc phần chi phí của *quý vị* khi nhận thuốc theo toa.

Nếu quý vị không có sẵn thông tin hội viên chương trình của chúng tôi quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình của chúng tôi để lấy thông tin, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc không thể có được các thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí của toa thuốc khi nhận**. Quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn lại** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Đi tới Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi bồi hoàn.

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong các trường hợp đặc biệt

Phần 9.1 Đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu quý vị nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả, thông thường chúng tôi sẽ bao trả chi phí thuốc theo toa của quý vị trong thời gian quý vị nằm viện. Sau khi quý vị rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả thuốc theo toa cho quý vị, miễn là thuốc đáp ứng tất cả các quy tắc của chúng tôi về bao trả được trình bày trong chương này.

Phần 9.2 Nếu quý vị đang cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (như cơ sở điều dưỡng) có nhà thuốc riêng hoặc sử dụng nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả cư dân của họ. Nếu quý vị là cư dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận thuốc theo toa thông qua nhà thuốc của cơ sở đó hoặc nhà thuốc mà cơ sở sử dụng, miễn là nhà thuốc đó nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh mục Nhà thuốc* vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC của quý vị hoặc nhà thuốc mà họ sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu nhà thuốc đó không có trong danh mục, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hay trợ giúp, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

xuân nhận được quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu quý vị là cư dân trong cơ sở LTC và cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó, hãy truy cập Phần 5 để biết thông tin về việc nhận tiếp liệu tạm thời hoặc khẩn cấp.

Phần 9.3 Nếu quý vị cũng đang nhận bảo hiểm thuốc từ một hãng sở hoặc chương trình nhóm hưu trí

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác thông qua hãng sở của mình (hoặc của vợ/chồng hoặc đối tác sống chung nhà) hoặc nhóm hưu trí của quý vị, hãy liên hệ **quản trị viên quyền lợi của nhóm đó**. Họ có thể giúp quý vị hiểu cách thức bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ hoạt động với chương trình của chúng tôi.

Nói chung, nếu quý vị có bảo hiểm nhóm dành cho nhân viên hoặc người hưu trí, bảo hiểm thuốc theo toa mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là bảo hiểm *phụ* so với bảo hiểm nhóm của quý vị. Điều đó có nghĩa là bảo hiểm nhóm của quý vị sẽ trả trước.

Lưu ý đặc biệt về tín dụng bảo hiểm:

Mỗi năm hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho quý vị biết liệu bảo hiểm thuốc của quý vị cho năm dương lịch tiếp theo có phải là tín dụng hay không.

Nếu khoản bao trả từ chương trình nhóm là khoản tín dụng, điều đó có nghĩa là chương trình của chúng tôi có khoản bao trả thuốc được dự kiến sẽ thanh toán, ở mức trung bình, ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare.

Giữ lại bất kỳ thông báo nào về bảo hiểm tiêu chuẩn vì quý vị có thể cần những thông báo này sau đó để cho thấy rằng quý vị duy trì bảo hiểm tiêu chuẩn. Nếu quý vị không nhận được thông báo về khoản tín dụng bao trả, hãy yêu cầu một bản sao từ quản trị viên quyền lợi chương trình của hãng sở hoặc nhóm hưu trí, từ hãng sở hoặc công đoàn.

Phần 9.4 Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Cơ sở chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không đồng thời bao trả cho cùng một loại thuốc. Nếu quý vị được ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu) không được bao trả bởi chương trình chăm sóc cuối đời của quý vị vì thuốc này không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ bác sĩ kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho biết rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi bao trả cho thuốc đó. Để tránh chậm trễ trong việc nhận các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả này, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cung cấp thông báo trước khi thuốc theo toa của quý vị được cấp.

Trong trường hợp quý vị rút lại lựa chọn chăm sóc cuối đời hoặc được xuất viện khỏi nhà chăm sóc đặc biệt, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả các loại thuốc của quý vị, như được nêu trong tài liệu này. Để tránh chậm trễ tại một nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare kết

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

thức, vui lòng mang theo giấy tờ tới nhà thuốc để xác minh việc rút lại quyền lợi hoặc xuất viện của quý vị.

PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

Chúng tôi tiến hành đánh giá việc sử dụng thuốc của mình để giúp đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi đang được chăm sóc an toàn và thích hợp.

Chúng tôi sẽ xem xét mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa. Chúng tôi cũng xem xét hồ sơ của mình một cách thường xuyên. Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi tìm kiếm các vấn đề tiềm ẩn như:

- Các lỗi về thuốc có thể xảy ra
- Các loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị dùng một loại thuốc tương tự khác để điều trị cùng một tình trạng
- Thuốc có thể không an toàn hoặc không phù hợp do tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- Một số sự kết hợp thuốc nhất định có thể gây hại cho quý vị nếu dùng cùng lúc
- Toa thuốc cho các loại thuốc có thành phần mà quý vị bị dị ứng
- Các sai sót có thể xảy ra về số lượng (liều lượng) thuốc quý vị dùng
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

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

Phần 10.1 Chương trình Quản lý Thuốc (Drug Management Program, DMP) để giúp hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn các loại thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Thuốc (DMP). Nếu quý vị sử dụng thuốc chứa opioid nhận được từ một số bác sĩ kê toa hoặc nhà thuốc, chúng tôi có thể nói chuyện với bác sĩ kê toa của quý vị để đảm bảo việc quý vị sử dụng thuốc chứa opioid là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi làm việc với các bác sĩ kê toa của quý vị, nếu chúng tôi thấy rằng việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine theo toa có thể không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận các loại thuốc đó. Nếu chúng tôi xếp quý vị vào DMP của chúng tôi, các hạn chế có thể là:

- Yêu cầu quý vị mua tất cả các toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một (các) hiệu thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một (các) bác sĩ kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch hạn chế cách thức quý vị có thể nhận các loại thuốc này hoặc số lượng quý vị có thể nhận, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu

CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc Phần D

chúng tôi có giới hạn mức bao trả những loại thuốc này cho quý vị hay không, hay liệu quý vị sẽ được yêu cầu chỉ nhận đơn thuốc cho những loại thuốc này từ một bác sĩ kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng bác sĩ kê toa hoặc nhà thuốc nào và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng cần cho chúng tôi biết. Sau khi quý vị đã có cơ hội trả lời, nếu chúng tôi quyết định giới hạn khoản bao trả của quý vị cho các loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi thư xác nhận giới hạn đó cho quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc quý vị không đồng ý với quyết định hoặc hạn chế của chúng tôi, quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị có quyền kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, chúng tôi sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị về các giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận thuốc, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị cho một bên đánh giá độc lập bên ngoài chương trình của chúng tôi. Đi tới Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng nghị.

Quý vị sẽ không được xếp vào DMP của chúng tôi nếu quý vị có một số bệnh trạng nhất định, ví dụ như cơn đau do ung thư hoặc bệnh thiếu máu hồng cầu lưỡi liềm, quý vị đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc trước khi qua đời hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.2 Quản lý Trị liệu bằng Thuốc (MTM) để giúp các hội viên quản lý thuốc của họ

Chúng tôi có một chương trình có thể hỗ trợ các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Chương trình của chúng tôi được gọi là chương trình Quản lý Trị liệu Bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Một nhóm các dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng hội viên của chúng tôi nhận được nhiều lợi ích nhất từ các loại thuốc họ dùng.

Một số hội viên mắc một số bệnh mạn tính và dùng thuốc vượt quá một số tiền chi phí thuốc cụ thể hoặc đang tham gia DMP để giúp hội viên sử dụng opioid một cách an toàn có thể nhận các dịch vụ thông qua chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị một đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong khi xem xét, quý vị có thể nói về các loại thuốc của mình, chi phí và bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào về thuốc theo toa và thuốc không kê toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm lược bằng văn bản, trong đó có danh sách việc cần làm được khuyến nghị bao gồm các bước mà quý vị nên thực hiện để đạt được kết quả tốt nhất từ các loại thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh mục thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, liều lượng và lý do quý vị dùng chúng. Ngoài ra, các hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc kê toa là các chất bị kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của mình về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được khuyến nghị. Mang theo bản tóm lược khi quý vị đến các buổi thăm khám hoặc khi quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của mình. Hãy luôn cập nhật danh mục thuốc và mang theo bên mình (ví dụ: để cùng giấy tờ tùy thân của quý vị) trong trường hợp quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh cho quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, hãy thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút tên quý vị. Nếu có thắc mắc về chương trình này, vui lòng liên hệ Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

CHƯƠNG 6:

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

PHẦN 1

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

Nếu quý vị đang tham gia một chương trình giúp thanh toán chi phí thuốc, **một số thông tin trong tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị cho quý vị một tờ hướng dẫn riêng, được gọi là *Điều khoản riêng của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán chi phí thuốc theo toa* (còn được gọi là *Điều khoản riêng Hỗ trợ Người có Thu nhập thấp* hoặc *Điều khoản riêng LIS*), cho quý vị biết về việc bao trả thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ hướng dẫn này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu *Điều khoản riêng LIS*.

Chúng tôi sử dụng từ “thuốc” trong chương này để chỉ thuốc theo toa Phần D. Không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Phần D. Một số loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B và các loại thuốc khác bị loại trừ khỏi khoản bao trả Medicare theo luật.

Để hiểu thông tin thanh toán, quý vị cần biết các loại thuốc nào được bao trả, nơi mua thuốc theo toa và những quy tắc cần tuân thủ khi quý vị nhận thuốc được bao trả. Chương 5 giải thích các quy tắc này. Khi quý vị sử dụng “Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực” của chương trình chúng tôi để tìm kiếm khoản bao trả thuốc (vi.clevercarehealthplan.com/druglist), chi phí quý vị thấy cho thấy ước tính chi phí xuất túi mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị cũng có thể nhận thông tin do “Công cụ Quyền lợi theo Thời gian thực” cung cấp bằng cách gọi đến Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

Phần 1.1

Các loại chi phí xuất túi mà quý vị phải trả cho thuốc được bao trả

Có 3 loại chi phí tự trả khác nhau cho các loại thuốc Phần D được bao trả mà quý vị có thể được yêu cầu thanh toán:

- **Tiền khấu trừ** là số tiền quý vị trả cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu chi trả phần của chúng tôi.
- **Đồng thanh toán** là một khoản tiền cố định mà quý vị trả mỗi khi mua thuốc theo toa.
- **Đồng bảo hiểm** là một tỷ lệ trên tổng chi phí tiền thuốc mà quý vị trả mỗi khi mua thuốc theo toa.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

Phần 1.2 Cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị

Medicare có các quy định về những gì được tính và những gì không được tính là chi phí xuất túi của quý vị. Dưới đây là các quy tắc mà chúng tôi phải tuân theo để theo dõi chi phí xuất túi của quý vị.

Các khoản thanh toán này được bao gồm trong chi phí xuất túi của quý vị

Chi phí xuất túi của quý vị **bao gồm** các khoản thanh toán được liệt kê dưới đây (miễn là chúng dành cho thuốc Phần D được bao trả và quý vị đã tuân theo các quy tắc về bảo hiểm thuốc được giải thích trong Chương 5):

- Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc khi quý vị đang ở các giai đoạn thanh toán thuốc sau đây:
 - Giai đoạn Khấu trừ
 - Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu
- Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là hội viên của một chương trình thuốc Medicare khác trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện
- Bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của quý vị bằng Trợ giúp Bổ sung từ Medicare, chương trình bảo hiểm y tế của hãng sở hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế dành cho Người Da Đỏ, chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS và hầu hết các tổ chức từ thiện

Chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương:

Khi quý vị (hoặc những người thanh toán thay mặt quý vị) đã chi tổng cộng \$2,100 chi phí xuất túi trong năm dương lịch, quý vị chuyển từ Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Các khoản thanh toán này không được bao gồm trong chi phí xuất túi của quý vị

Chi phí xuất túi của quý vị **không bao gồm** bất kỳ loại thanh toán nào sau đây:

- Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ
- Thuốc không được chương trình của chúng tôi bao trả
- Các loại thuốc mà quý vị nhận được tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu từ chương trình của chúng tôi về bảo hiểm ngoài mạng lưới
- Thuốc theo toa và vắc-xin được bao trả bởi Phần A hoặc Phần B
- Các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện đối với các loại thuốc được bao trả trong Bảo Hiểm Bổ Sung của chúng tôi nhưng thường không được bao trả trong Chương trình Bảo hiểm Thuốc của Medicare.
- Các khoản thanh toán của quý vị cho thuốc theo toa thường không được bao trả trong Chương trình của Medicare.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi các chương trình bảo hiểm nhất định và các chương trình y tế do chính phủ tài trợ như TRICARE và Hội Cựu chiến binh (VA)
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý thanh toán chi phí theo toa (ví dụ: Tai nạn lao động)
- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi các nhà sản xuất thuốc theo Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất

Lời nhắc: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác, ví dụ như các tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí xuất túi cho thuốc của quý vị thì quý vị phải thông báo cho chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (Người dùng xin gọi 711).

Theo dõi tổng chi phí xuất túi của quý vị

- *Bản giải thích các Quyền lợi Bảo hiểm Phần D (EOB)* mà quý vị nhận được bao gồm tổng chi phí xuất túi hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt đến \$2,100, *EOB Phần D* sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có các thông tin cần thiết.** Đi tới Phần 3.1 để biết những gì quý vị có thể làm để giúp đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về chi tiêu của quý vị là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 2

Các giai đoạn thanh toán thuốc cho hội viên Clever Care Total+

Có 3 **giai đoạn thanh toán thuốc** cho việc bao trả thuốc theo toa của quý vị theo Clever Care Total+. Số tiền quý vị phải trả cho mỗi toa thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở trong giai đoạn nào tại thời điểm quý vị mua thuốc theo toa lần đầu hoặc mua bổ sung. Chi tiết của từng giai đoạn được giải thích trong chương này. Các giai đoạn bao gồm:

Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm

Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn 3: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

PHẦN 3

Giải thích Quyền lợi Phần D (EOB) cung cấp thông tin về việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của quý vị và các khoản thanh toán quý vị thực hiện khi mua thuốc theo toa tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi nào quý vị chuyển từ một giai đoạn thanh toán sang giai đoạn tiếp theo. Chúng tôi theo dõi 2 loại chi phí:

- **Chi phí Xuất túi:** đây là số tiền quý vị đã trả. Điều này bao gồm những khoản quý vị đã chi trả khi quý vị nhận được thuốc Phần D được bao trả, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

quý vị bằng Trợ giúp Bổ sung từ Medicare, chương trình bảo hiểm y tế của hãng sở hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế dành cho Người da đỏ, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).

- **Tổng Chi phí Thuốc:** Đây là tổng tất cả các khoản thanh toán cho thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Bao gồm những khoản chương trình của chúng tôi đã thanh toán, những khoản quý vị đã thanh toán và những khoản chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

Nếu quý vị đã mua một hoặc nhiều toa thuốc qua chương trình của chúng tôi trong tháng trước, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị *EOB Phần D*. *EOB Phần D* bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Nó cho biết tổng chi phí tiền thuốc, số tiền mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán, và số tiền mà quý vị và những người khác thay mặt quý vị thanh toán.
- **Tổng trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Nó cho biết tổng chi phí tiền thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm đến hiện tại.
- **Thông tin về giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về việc thay đổi so với lần cấp thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu kê toa có cùng số lượng.
- **Có sẵn các toa thuốc thay thế với chi phí thấp hơn.** Bao gồm các thông tin có sẵn về các loại thuốc khác với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu kê toa, nếu có.

Phần 3.1 Giúp chúng tôi cập nhật thông tin về các khoản thanh toán thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán quý vị trả cho thuốc, chúng tôi sử dụng hồ sơ nhận được từ các nhà thuốc. Dưới đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi đảm bảo thông tin của quý vị luôn chính xác và cập nhật:

- **Trình thẻ hội viên chương trình của quý vị mỗi khi nhận thuốc theo toa.** Việc này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các đơn thuốc mà quý vị đang mua và số tiền quý vị thanh toán.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có các thông tin cần thiết.** Đôi khi quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho một loại thuốc theo toa. Trong các trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí xuất túi của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi chi phí xuất túi của mình, vui lòng gửi cho chúng tôi bản sao biên lai. **Các ví dụ về thời điểm quý vị nên gửi cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của mình:**
 - Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình của chúng tôi.
 - Khi quý vị thực hiện đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
 - Bất kỳ lúc nào quý vị mua thuốc được bao trả tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc quý vị đã thanh toán toàn bộ giá cho một loại thuốc được bao trả trong những trường hợp đặc biệt.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

- Nếu quý vị được thanh toán cho một loại thuốc được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, vui lòng xem Phần 2 của Chương 7.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã thực hiện cho quý vị.** Các khoản thanh toán do một số cá nhân và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán được thực hiện bởi một Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang, chương trình trợ giúp thuốc điều trị AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), Dịch vụ Y tế dành cho Người Da Đỏ và các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Hãy ghi lại các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được *EOB Phần D*, hãy kiểm tra để đảm bảo thông tin là đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ rằng có gì đó bị thiếu hoặc quý vị có thắc mắc, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Hãy đảm bảo lưu giữ các báo cáo này.

PHẦN 4 Giai đoạn Khấu trừ

Giai đoạn Khấu trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho khoản bao trả thuốc của quý vị. Giai đoạn này bắt đầu khi mua toa thuốc đầu tiên trong năm. Khi ở giai đoạn thanh toán này, **quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc** cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ chương trình của chúng tôi là \$615 cho 2026.

Không áp dụng tiền khấu trừ cho các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm bệnh zona, uốn ván và vắc-xin du lịch.

Quý vị sẽ trả khoản tiền khấu trừ hàng năm \$615 vào thuốc. **Quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc** cho đến khi quý vị đạt số tiền khấu trừ chương trình của chúng tôi. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản tiền khấu trừ nào. **Toàn bộ chi phí** thường thấp hơn toàn bộ giá thuốc thông thường bởi vì chương trình đã thỏa thuận được chi phí thấp hơn cho hầu hết các thuốc tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Toàn bộ chi phí không được vượt quá giá hợp lý tối đa cộng với phí cấp phát thuốc cho các loại thuốc có giá thương lượng theo Chương trình Đàm phán Giá Thuốc của Medicare.

Sau khi quý vị thanh toán \$615 chi phí thuốc, quý vị rời khỏi Giai đoạn Khấu trừ và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

PHẦN 5 Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Phần 5.1 Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc tùy thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình thanh toán phần chi phí chương trình của chúng tôi cho thuốc theo toa được bao trả của quý vị và quý vị thanh toán phần của mình (số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm). Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D**Chương trình của chúng tôi có sáu bậc chia sẻ chi phí**

Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí mua thuốc của quý vị càng cao:

- Bậc 1 bao gồm thuốc Gốc Ưu tiên. *(Đây là bậc thấp nhất.)*
- Bậc 2 bao gồm các loại Thuốc Gốc.
- Bậc 3 bao gồm các loại Biệt Dược Ưu Tiên.
- Bậc 4 bao gồm các loại thuốc Không Ưu tiên.
- Bậc 5 bao gồm các loại Thuốc Đặc trị. *(Đây là bậc cao nhất.)*
- Bậc 6 bao gồm Thuốc Chăm sóc Chọn lọc
- Bậc 3: Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho lượng insulin được bao trả ở bậc này.
- Bậc 4: Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho lượng insulin được bao trả ở bậc này.
- Bậc 5: Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho lượng insulin được bao trả ở bậc này.

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi.

Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

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

- Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới cung cấp chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. Chi phí có thể ít hơn tại các nhà thuốc cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên.
- Một nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình. Chúng tôi chỉ bao trả các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Vui lòng xem Phần 2.4 của Chương 5 để biết khi nào chúng tôi bao trả thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chương trình của chúng tôi

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc này và việc mua thuốc theo toa của quý vị, hãy đi tới Chương 5 và *Danh mục Nhà thuốc* (vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy) chương trình của chúng tôi.

Phần 5.2 Chi phí của quý vị cho việc cung cấp một loại thuốc được bao trả bằng one-month

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, phần chi phí của quý vị cho một loại thuốc được bao trả sẽ là đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

Số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí nào.

Đôi khi chi phí thuốc thấp hơn đồng thanh toán của quý vị. Trong các trường hợp đó, quý vị phải trả giá thuốc thấp hơn thay vì đồng thanh toán.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

Chi phí của quý vị cho lượng thuốc dùng trong *one-month* của thuốc Phần D được bao trả

Bậc	Chia sẻ chi phí trong mạng lưới bán lẻ tiêu chuẩn (lượng thuốc đủ dùng tối đa 30 ngày)	Chia sẻ phí tổn cho thuốc đặt mua qua bưu điện (lượng thuốc đủ dùng tối đa 30 ngày)	Chia sẻ phí tổn chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc đủ dùng tối đa 31 ngày)	Chia sẻ phí tổn ngoài mạng lưới (Chỉ được bao trả trong một số trường hợp nhất định; đi tới Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc đủ dùng tối đa 30 ngày)
Chia sẻ phí tổn Bậc 1 (Thuốc Gốc được Ưu tiên)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Chia sẻ phí tổn Bậc 2 (Thuốc Gốc)	10% đồng bảo hiểm	10% đồng bảo hiểm	10% đồng bảo hiểm	10% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 3 (Biệt Dược Ưu Tiên)	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên)	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 5 (Đặc trị)	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 6 (Chăm sóc Chọn lọc)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

Quý vị sẽ không trả nhiều hơn \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả, bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán tiền khấu trừ của mình.

Đi tới Phần 7 của chương này để biết thêm thông tin về mức chia sẻ chi phí vắc-xin Phần D đối với vắc-xin Phần D.

Phần 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng, quý vị có thể không phải trả chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng

Thông thường, số tiền quý vị trả cho thuốc là trả cho lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng. Đôi khi quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị có lượng thuốc dùng dưới một tháng cho một loại thuốc (ví dụ, khi quý vị đang thử dùng một loại thuốc lần đầu tiên). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa và dược sĩ cấp phát kê số lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng, nếu điều này giúp quý vị lập kế hoạch tốt hơn cho những ngày sẽ mua thêm thuốc.

Nếu quý vị nhận ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng, quý vị sẽ không phải trả tiền cho lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng.

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm trả đồng bảo hiểm, quý vị phải trả một tỷ lệ trên tổng chi phí tiền thuốc. Vì tiền đồng bảo hiểm dựa trên tổng chi phí tiền thuốc, chi phí của quý vị sẽ thấp hơn vì tổng chi phí tiền thuốc sẽ thấp hơn.
- Nếu quý vị chịu trách nhiệm trả đồng thanh toán cho loại thuốc đó, quý vị chỉ phải trả cho số ngày dùng thuốc mà quý vị đã nhận chứ không phải cả tháng. Chúng tôi tính toán số tiền quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của mình (mức chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân số tiền đó với số ngày thuốc quý vị nhận được.

Phần 5.4 Chi phí của quý vị cho dài hạn (lên đến 100-ngày) cung cấp thuốc Phần D được bao trả

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể mua lượng thuốc đủ dùng dài hạn (còn được gọi là lượng thuốc kéo dài). Lượng thuốc dùng dài hạn là lên đến Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày.

Đôi khi chi phí thuốc thấp hơn đồng thanh toán của quý vị. Trong các trường hợp đó, quý vị phải trả giá thuốc thấp hơn thay vì đồng thanh toán.

Chi phí của quý vị cho long-term (lên đến 100-ngày) cung cấp thuốc Phần D được bao trả

	Chia sẻ phí tổn bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)	Chia sẻ phí tổn cho thuốc đặt mua qua bưu điện
Bậc	(Lượng thuốc đủ dùng trong lên đến 100 ngày)	(Lượng thuốc đủ dùng trong lên đến 100 ngày)

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

Chia sẻ phí tổn Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Chia sẻ phí tổn Bậc 2 (Thuốc Gốc)	10% đồng bảo hiểm	10% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 3 (Biệt dược Ưu tiên)	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên)	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 5 (Đặc trị)	25% đồng bảo hiểm	25% đồng bảo hiểm
Chia sẻ phí tổn Bậc 6 (Chăm sóc Chọn lọc)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán

Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$70 cho lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 2 tháng hoặc \$105 cho lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 3 tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả, bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa trả tiền khấu trừ.

Phần 5.5 Quý vị ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi tổng chi phí thuốc của quý vị trong năm đạt \$2,100

Quý vị ở Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi chi phí xuất túi của quý vị đạt \$. Sau đó quý vị chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

EOB Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị, chương trình của chúng tôi, và bất kỳ bên thứ ba nào đã chi trả thay mặt quý vị trong năm. Không phải tất cả các hội viên sẽ đạt đến giới hạn tiền xuất túi \$2,100 trong một năm.

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến số tiền này. Đi tới Phần 1.3 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị.

PHẦN 6 Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

Ở Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị không phải chi trả gì cho chi thuốc Phần D được bao trả. Quý vị đủ điều kiện cho Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương khi chi phí xuất túi của quý vị đạt đến giới hạn \$2,100 cho năm dương lịch. Khi quý vị đang ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ ở trong giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm dương lịch.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

- Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả tiền cho các thuốc Phần D được bao trả của mình và đối với các loại thuốc bị loại trừ được bao trả theo quyền lợi nâng cao của chúng tôi.

PHẦN 7 Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin Phần D

Thông tin quan trọng về khoản quý vị chi trả cho vắc-xin – Một số vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được bao trả theo Phần B. Các loại vắc-xin khác được coi là thuốc Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn và quý vị không phải trả tiền ngay cả khi quý vị chưa trả tiền khấu trừ. Đi tới Danh Sách Thuốc trong chương trình của chúng tôi hoặc liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để biết thông tin chi tiết về mức bao trả và chia sẻ chi phí đối với các loại vắc-xin cụ thể.

Có 2 phần trong bao trả chủng ngừa Phần D của chúng tôi:

- Phần đầu tiên là chi phí **cho vắc xin**.
- Phần thứ hai là chi phí **chích ngừa cho quý vị**. (Việc này đôi khi được gọi là chích vắc-xin.)

Chi phí của quý vị cho việc chủng ngừa Phần D phụ thuộc vào 3 yếu tố:

1. Liệu vắc-xin có được khuyến nghị cho người lớn bởi một tổ chức có tên là Ủy ban Cố vấn về Thực hành Chủng ngừa (ACIP) hay không.

- Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được ACIP khuyến nghị và quý vị không mất phí gì.

2. Nơi quý vị chích vắc xin.

- Vắc-xin có thể được phân phối bởi một nhà thuốc hoặc do văn phòng của bác sĩ cung cấp.

3. Ai là người chích vắc xin cho quý vị.

- Dược sĩ hoặc một nhà cung cấp khác có thể chích vắc-xin tại nhà thuốc. Nhà cung cấp có thể cung cấp dịch vụ này tại phòng khám của bác sĩ.

Số tiền quý vị phải trả tại thời điểm nhận chủng ngừa Phần D có thể thay đổi tùy theo trường hợp và quý vị đang ở **giai đoạn chi trả thuốc** nào.

- Khi chích vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp vắc-xin. Quý vị có thể yêu cầu chương trình hoàn lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí mà quý vị đã thanh toán.
- Trong các trường hợp khác, khi chích vắc-xin, quý vị chỉ phải trả phần chi phí được chia theo quyền lợi Phần D của mình. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị không phải trả chi phí gì.

Dưới đây là 3 ví dụ về các cách quý vị có thể chích vắc-xin Phần D.

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc Phần D

- Trường hợp 1:* Quý vị chích vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Việc quý vị có lựa chọn này hay không phụ thuộc vào nơi quý vị sống. Một số tiểu bang không cho phép các nhà thuốc được chích một số loại vắc-xin.)
- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị không phải trả chi phí gì.
 - Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị thanh toán đồng bảo hiểm vắc-xin cho nhà thuốc, bao gồm cả chi phí chích vắc-xin.
 - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại của chi phí.
- Trường hợp 2:* Quý vị được chích vắc xin Phần D tại văn phòng bác sĩ của mình.
- Khi chích vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp vắc-xin đã chích cho quý vị.
 - Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các quy trình được mô tả tại Chương 7.
 - Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí mà quý vị đã thanh toán. Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã trả trừ đi bất kỳ đồng bảo hiểm nào cho dịch vụ chích vắc-xin (bao gồm chi phí chích).
- Trường hợp 3:* Quý vị mua vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới của mình và mang đến văn phòng bác sĩ để họ chích vắc-xin cho quý vị.
- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị không phải trả chi phí gì cho loại vắc-xin đó.
 - Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị thanh toán đồng bảo hiểm cho loại vắc-xin đó.
 - Khi bác sĩ chích vắc-xin cho quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ này.
 - Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các quy trình được mô tả tại Chương 7.
 - Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí mà quý vị đã thanh toán.

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

CHƯƠNG 7:***Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*****PHẦN 1 Các trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả**

Đôi khi, khi nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí. Những lần khác, quý vị có thể thấy rằng mình đã trả nhiều hơn dự kiến theo các quy tắc bảo hiểm chương trình của chúng tôi, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp. Trong các trường hợp này, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị (bồi hoàn cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị đã trả nhiều hơn phần chi phí của mình cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả. Đi đến Phần 2 của chương này:

Cũng có thể đôi khi quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. Đầu tiên hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu việc đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi chứ không thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem có nên bao trả các dịch vụ đó hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng các dịch vụ này được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không bao giờ phải trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí mà chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này có ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền điều trị.

Ví dụ về các trường hợp quý vị cần yêu cầu chương trình chúng tôi hoàn lại hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được:

1. Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp từ một nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi

Ở ngoài khu vực dịch vụ, quý vị có thể nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc cần khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù họ có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong các trường hợp này,

- Quý vị chỉ chịu trách nhiệm thanh toán phần chi phí của mình cho các dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp cứu. Theo luật, các nhà cung cấp cấp cứu phải cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu.
- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán mà quý vị cho rằng mình không nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
 - Nếu nhà cung cấp bị nợ bất cứ khoản tiền nào, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
 - Nếu quý vị đã trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của mình trong chi phí dịch vụ, chúng tôi sẽ xác định số tiền quý vị nợ và hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi một nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng quý vị không phải trả

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình của chúng tôi và chỉ yêu cầu quý vị chia sẻ chi phí. Nhưng đôi khi họ mắc sai sót và yêu cầu quý vị trả nhiều hơn phần của quý vị.

- Quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận được các dịch vụ được bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp tính thêm các khoản phí riêng biệt bổ sung, được gọi là **tính phí phần chênh lệch**. Biện pháp bảo vệ này (để quý vị không bao giờ trả nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí của mình) được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn chi phí của nhà cung cấp cho một dịch vụ và ngay cả khi có tranh chấp và chúng tôi không trả một số khoản phí nhất định cho nhà cung cấp.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị cho rằng số tiền trong hóa đơn nhiều hơn số tiền quý vị phải trả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề hóa đơn.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, nhưng cảm thấy rằng mình đã trả quá nhiều, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi cùng với chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện và yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị nợ theo chương trình của chúng tôi.

3. Nếu quý vị đã ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi việc ghi danh của một người vào chương trình của chúng tôi mang tính hồi tố. (Hồi tố có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể là từ năm ngoái)

Nếu quý vị đã ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi và quý vị đã trả tiền xuất túi cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bao trả nào sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị cần phải nộp giấy tờ, ví dụ như biên lai và hóa đơn, cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới thì nhà thuốc đó có thể không gửi yêu cầu thanh toán thẳng cho chúng tôi. Nếu điều đó xảy ra, quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

Hãy lưu giữ biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Đi tới Phần 2.4 của Chương 5 để tìm hiểu về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị khoản

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

chênh lệch giữa số tiền mà quý vị đã trả cho thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa vì quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình của chúng tôi hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của chúng tôi. Nếu nhà thuốc không nhận được thông tin ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể phải tự trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa.

Hãy lưu giữ biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa trong các trường hợp khác

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì quý vị nhận thấy rằng thuốc không được bao trả vì một số lý do.

- Ví dụ, thuốc có thể không có trong Danh Sách Thuốc chương trình của chúng tôi; hoặc có thể có một yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là sẽ áp dụng cho quý vị. Nếu quyết định mua thuốc ngay, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí thuốc.
- Hãy lưu giữ biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó 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 đó cần được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Chương 9 này có thông tin về cách kháng nghị.

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị trước gọi cho chúng tôi hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã chi trả. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ. **Quý vị phải gửi yêu cầu cho chúng tôi trong vòng 365 ngày kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật tư hoặc thuốc.**

Gửi thư của quý vị yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào, cho chúng tôi theo địa chỉ sau:

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

Clever Care Health Plan
Attn: Claims Department
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

CVS Caremark
Attn: Claims Department
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và phê duyệt hoặc từ chối

Khi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm bất kỳ thông tin nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định bao trả.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi. Phần chi phí của chúng tôi có thể không phải là toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cho một loại thuốc cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi khoản hoàn trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho quý vị qua đường bưu điện. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp qua đường bưu điện.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không được* bao trả, hoặc quý vị đã *không* tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán phần chi phí của chúng tôi. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và quyền kháng nghị của quý vị đối với quyết định đó.

Phần 3.1 Nếu chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán toàn bộ hoặc một phần cho việc chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc số tiền chúng tôi đang thanh toán, quý vị có thể kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị. Quy trình kháng nghị là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để biết chi tiết về cách thực hiện kháng nghị này, hãy xem Chương 9.

CHƯƠNG 8

Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

PHẦN 1 **Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và các vấn đề nhạy cảm về văn hóa của quý vị**

Phần 1.1 **We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but are not limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services at 1-833-388-8168 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty are not available, it is our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with a Grievance & Appeals representative at 1-833-388-8168. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

本計劃必須確保所有服務（無論是臨床和非臨床）均以符合文化敏感度的方式提供，並使所有投保人（包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙者或具有不同文化和種族背景

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

者) 皆可獲得這些服務。本計劃可能滿足這些方便取用要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務, 或透過失聰專用電話裝置或聽障專線 (TTY) (文字電話或失聰專用電話裝置) 連線。

本計劃提供免費口譯服務, 為非使用英語的會員解答疑問。如果您有需要, 我們也可免費以 點字版、大字版或其他替代格式為您提供資訊。按照規定, 我們必須使用對您而言合適且方便取用的格式, 為您提供本計劃福利相關資訊。若要以對您而言合適的方式從我們這裡取得資訊, 請致電 會員服務, 電話是 1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語) (聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711)。

本計劃必須為女性投保人提供相關選項, 方便他們直接前往網絡內婦女健康專科醫生處進行婦女例行性和預防性的醫療保健服務。

如果本計劃網絡內沒有特定專科的醫療機構, 本計劃有責任在網絡外尋找能為您提供必要護理服務的專科醫療機構。在這種情況下, 您只需要支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡內沒有專科醫生提供所需的服務, 請致電本計劃諮詢相關資訊, 以瞭解如何以網絡內分攤費用取得該服務。

如果無法透過對您而言合適且方便取用的格式從我們這裡取得資訊、到婦女健康專科醫生處看診或尋找網絡內專科醫生, 請致電聯絡 申訴與上訴代表 1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語) 以提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向聯邦醫療保險 (Medicare) 提出申訴, 或者直接向民權辦公室 (1-800-368-1019, 聽障專線 (TTY) 1-800-537-7697) 提出申訴。

우리 플랜은 임상 및 비임상의 모든 서비스가 문화적 요구를 충족하는 방식으로 제공되며, 또한 영어 능력이 제한적이거나 읽기 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있는 형태로 제공 되도록 조치할 의무가 있습니다. 우리 플랜이 이러한 이용 요구를 충족시킬 수 있는 방법에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결 제공 등이 있지만 이에 국한되지 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 질문할 때 무료 통역사를 이용하실 수 있습니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 큰 활자 또는 다른 대체 형식으로 작성된 정보를 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 우리는 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방법으로 정보를 얻고자 하시면 회원 서비스에 1-833-808-8164 (TTY 사용자는 711)번으로 전화하시기 바랍니다.

우리 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상적 및 예방적 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내의 여성 건강 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공하도록 되어 있습니다.

우리 플랜의 네트워크 내에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 네트워크 외의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 우리 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 부담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 우리 플랜의 네트워크 내에 없는 상황이라면, 우리 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 접근 가능하고 알맞은 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우 고충 및 이의 제기 담당자에게 1-833-808-8164 에 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 전화하여 불만을 제기하실 수도 있습니다.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos quienes tengan un conocimiento limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicios a los Miembros al 1-833-388-8168, (usuarios de TTY llamen al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores de la red de nuestro plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que puedan brindarle la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja ante un representante de quejas y apelaciones al 1-833-388-8168. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Chương trình của chúng tôi phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách phù hợp về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có khả năng Anh ngữ hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có văn hóa và nguồn gốc dân tộc khác nhau. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm nhưng không giới hạn ở: cung cấp dịch vụ phiên dịch, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-808-8163 (Người dùng TTY xin gọi 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với một bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng và thông thường cho phụ nữ.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Nếu không có nhà cung cấp chuyên khoa trong mạng lưới chương trình của chúng tôi thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, gặp một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi điện để gửi đơn khiếu nại với một chuyên viên về Khiếu nại & Kháng nghị theo số 1-833-808-8163. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số điện thoại 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bao trả

Quý vị có quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới chương trình của chúng tôi để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được bao trả của quý vị. Quý vị cũng có quyền thăm khám chuyên khoa sức khỏe phụ nữ (ví dụ như bác sĩ phụ khoa) mà không cần giấy giới thiệu. Chúng tôi không yêu cầu quý vị phải có giấy giới thiệu để đến các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Quý vị có quyền nhận các cuộc hẹn và các dịch vụ được bao trả từ mạng lưới các nhà cung cấp chương trình của chúng tôi *trong một khoảng thời gian hợp lý*. Việc này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi quý vị cần sự chăm sóc đó. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua bổ sung toa thuốc của mình tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị chậm trễ lâu.

Nếu quý vị nghĩ rằng mình không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D trong một khoảng thời gian hợp lý, quý vị có thể xem Chương 9 để biết mình có thể làm gì.

Phần 1.3 Chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Luật Liên Bang và tiểu bang bảo vệ quyền riêng tư của hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo yêu cầu của các luật này.

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm thông tin cá nhân mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình này cũng như hồ sơ y tế của quý vị và các thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Quý vị có các quyền liên quan đến việc nhận thông tin và kiểm soát cách thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng. Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản, được gọi là **Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư**, cho biết về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư của thông tin sức khỏe của quý vị.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên**Làm thế nào để chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của các thông tin sức khỏe của quý vị?**

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không nhìn thấy hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ các trường hợp được lưu ý dưới đây, nếu chúng tôi định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc trả tiền cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *chúng tôi phải được sự cho phép trước bằng văn bản của quý vị hoặc người được quý vị trao quyền hợp pháp để đưa ra quyết định cho quý vị.*
- Có một số trường hợp ngoại lệ không yêu cầu chúng tôi phải có văn bản chấp thuận trước của quý vị. Những trường hợp ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.
 - Ví dụ, chúng tôi được yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng chăm sóc.
 - Vì quý vị là hội viên của chương trình của chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin về các loại thuốc Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị để nghiên cứu hoặc sử dụng cho các mục đích khác, thì việc đó sẽ được thực hiện theo các quy chế và quy định của liên bang; điển hình là yêu cầu không được chia sẻ các thông tin có thể nhận dạng quý vị.

Quý vị có thể xem thông tin trong hồ sơ của mình và biết thông tin đó đã được chia sẻ với những người khác như thế nào

Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình được lưu giữ tại chương trình của chúng tôi và nhận một bản sao hồ sơ của mình. Chúng tôi được phép tính phí sao chụp của quý vị. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của mình. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều 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 thực hiện các thay đổi hay không.

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của quý vị đã được chia sẻ với những người khác như thế nào cho bất kỳ mục đích không thường xuyên nào.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc về tính bảo mật của thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư

Clever Care of Golden State Inc., một công ty con thuộc sở hữu toàn bộ của Clever Care Health Plan, Inc. (sau đây gọi là Clever Care), bảo vệ quyền riêng tư thông tin sức khỏe của quý vị theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi phải gửi cho quý vị Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư này, trong đó giải thích cách chúng tôi có thể sử dụng thông tin về quý vị và khi nào chúng tôi có thể cung cấp hoặc “tiết lộ” thông tin đó cho người khác. Quý vị cũng có các quyền liên quan đến thông tin sức khỏe của mình được nêu trong thông báo này. Chúng tôi có nghĩa vụ tuân theo các điều khoản được nêu trong thông báo này và bảo vệ thông tin sức khỏe của quý vị theo luật hiện hành về quyền riêng tư của liên bang và tiểu bang.

Các thuật ngữ “thông tin” hoặc “thông tin sức khỏe” trong thông báo này bao gồm bất kỳ thông tin nào mà chúng tôi duy trì có thể được sử dụng một cách hợp lý để nhận dạng quý vị và liên quan đến tình trạng sức khỏe thể chất hoặc tinh thần của quý vị, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc khoản thanh toán cho những điều đó chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi sẽ

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

tuan thủ các yêu cầu của luật bảo mật hiện hành liên quan đến việc thông báo cho quý vị trong trường hợp vi phạm thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi có quyền thay đổi các thông lệ về quyền riêng tư của mình và các điều khoản của thông báo này. Nếu chúng tôi thực hiện một thay đổi quan trọng đối với thực tiễn bảo mật của mình, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị, trong bản phân phối hàng năm tiếp theo của chúng tôi, một thông báo sửa đổi hoặc thông tin về thay đổi quan trọng và cách nhận được thông báo sửa đổi.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin này bằng thư trực tiếp hoặc điện tử phù hợp với luật hiện hành. Trong mọi trường hợp, nếu chúng tôi duy trì một trang web cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, chúng tôi sẽ đăng thông báo sửa đổi trên trang web chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, vi.clevercarehealthplan.com. Chúng tôi có quyền thực hiện bất kỳ thông báo sửa đổi hoặc thay đổi nào có hiệu lực đối với các thông tin chúng tôi đã có và thông tin mà chúng tôi nhận được trong tương lai.

Clever Care thu thập và lưu giữ thông tin bằng miệng, văn bản và điện tử để quản lý hoạt động kinh doanh của chúng tôi và cung cấp các sản phẩm, dịch vụ và thông tin quan trọng cho những người ghi danh của chúng tôi. Chúng tôi duy trì các biện pháp bảo mật thực tế, điện tử và quy trình trong việc xử lý và duy trì thông tin của người ghi danh, phù hợp với các tiêu chuẩn Liên Bang và tiểu bang hiện hành, để bảo vệ khỏi các rủi ro như mất mát, phá hủy hoặc sử dụng sai mục đích.

Cách chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin

Chúng tôi phải sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để cung cấp thông tin đó:

- Cho quý vị hoặc ai đó có quyền hợp pháp thay quý vị (đại diện cá nhân của quý vị) để quản lý các quyền của quý vị như được mô tả trong thông báo này; và
- Cho Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, nếu cần, để đảm bảo quyền riêng tư của quý vị được bảo vệ.

Chúng tôi được pháp luật cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị cho mục đích liên quan đến việc điều trị, thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và để điều hành doanh nghiệp của chúng tôi. Điều này bao gồm chia sẻ thông tin với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc và các tổ chức khác liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị:

Để Thanh toán phí bảo hiểm đến hạn cho chúng tôi, để xác định phạm vi bảo hiểm của quý vị và xử lý các yêu cầu thanh toán bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được, bao gồm cả việc thế quyền hoặc điều phối các quyền lợi khác mà quý vị có thể có. Ví dụ, chúng tôi có thể cho bác sĩ biết liệu quý vị có đủ điều kiện để được bao trả hay không và bao nhiêu phần trăm hóa đơn có thể được chi trả.

Để Điều trị. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe để hỗ trợ điều trị hoặc điều phối việc chăm sóc của quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể tiết lộ thông tin cho các bác sĩ hoặc bệnh viện của quý vị để giúp họ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Để Vận hành Hoạt động Chăm sóc Sức khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe khi cần thiết để vận hành và quản lý các hoạt động kinh doanh của chúng tôi liên quan đến việc cung cấp và quản lý bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể nói chuyện với bác sĩ của quý vị để đề xuất một chương trình quản lý bệnh tật hoặc chăm sóc sức khỏe có thể giúp cải thiện sức khỏe của quý vị hoặc chúng tôi sẽ phân tích dữ liệu để xác định cách chúng tôi có thể cải thiện dịch vụ của mình. Chúng tôi cũng có thể hủy nhận dạng thông tin sức khỏe theo luật hiện hành. Sau khi được hủy nhận dạng, thông tin đó không còn phải tuân theo thông báo này và chúng tôi có thể sử dụng thông tin cho bất kỳ mục đích hợp pháp nào.

Để Cung cấp cho Quý vị Thông tin về các Chương trình hoặc Sản phẩm liên quan đến Sức khỏe chẳng hạn như các chương trình và phương pháp điều trị y tế thay thế hoặc về các sản phẩm và dịch vụ liên quan đến sức khỏe, tuân theo các giới hạn do luật định.

Cho Nhà tài trợ Chương trình. Nếu bảo hiểm của quý vị là thông qua một chương trình bảo hiểm y tế nhóm do hãng sở tài trợ, chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe tóm tắt và thông tin ghi danh cũng như hủy ghi danh với nhà tài trợ chương trình. Ngoài ra, chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe khác với nhà tài trợ chương trình cho mục đích quản lý chương trình nếu nhà tài trợ chương trình đồng ý với các hạn chế đặc biệt đối với việc sử dụng và tiết lộ thông tin theo luật Liên Bang.

Cho Mục đích Bảo lãnh. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các mục đích bảo lãnh; tuy nhiên, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin di truyền của quý vị cho các mục đích như vậy.

Để gửi Lời nhắc. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe để gửi cho quý vị lời nhắc về quyền lợi hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị, chẳng hạn như lời nhắc cuộc hẹn với các nhà cung cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị.

Trong một số trường hợp hạn chế, **chúng tôi có thể** sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các mục đích dưới đây:

Theo Quy định của Luật pháp. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin khi luật pháp yêu cầu.

Cho những Người Liên quan đến Chăm sóc của Quý vị. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho người liên quan đến việc chăm sóc hoặc người giúp trả tiền chăm sóc quý vị, chẳng hạn như một thành viên trong gia đình, khi quý vị đồng ý bằng lời nói, ủy quyền bằng văn bản hoặc khi quý vị chấp thuận hay không phản đối khi có cơ hội. Trong trường hợp cấp cứu mà quý vị mất khả năng hành động hoặc không thể phản đối, chúng tôi sẽ sử dụng phán đoán tốt nhất của mình để quyết định xem việc tiết lộ có mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị hay không. Các quy tắc đặc biệt sẽ được áp dụng liên quan đến thời điểm chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho các thành viên gia đình và những người khác liên quan đến việc chăm sóc một người đã qua đời. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho bất kỳ người nào có liên quan, trước khi qua đời, trong việc chăm sóc hoặc chi trả cho việc chăm sóc một người đã qua đời, trừ khi chúng tôi nhận thức được rằng làm như vậy sẽ không phù hợp với mong muốn mà người đã chết bày tỏ trước đó.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Cho các Hoạt động Y tế Công cộng chẳng hạn như báo cáo hoặc ngăn ngừa bùng phát dịch bệnh cho cơ quan y tế công cộng.

Để Báo cáo Nạn nhân bị Lạm dụng, Bỏ bê hoặc Bạo lực Gia đình cho các cơ quan chính phủ được pháp luật cho phép nhận thông tin đó, bao gồm cả dịch vụ xã hội hoặc cơ quan dịch vụ bảo vệ.

Cho Hoạt động Giám sát Sức khỏe tới cơ quan giám sát sức khỏe cho các hoạt động được pháp luật cho phép, chẳng hạn như cấp phép, kiểm toán của chính phủ và điều tra gian lận và lạm dụng.

Cho Tổ tụng Tư pháp hoặc Hành chính, chẳng hạn như theo lệnh tòa, lệnh khám xét hoặc trật đòi hầu tòa.

Cho Mục đích Thực thi Pháp luật. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho một quan chức thực thi pháp luật cho các mục đích như cung cấp thông tin bị hạn chế để xác định vị trí một người mất tích hoặc báo cáo tội phạm.

Để Tránh Mọi đe dọa Nghiêm trọng đến Sức khỏe hoặc sự An toàn của quý vị, người khác hoặc công chúng bằng cách, ví dụ như: tiết lộ thông tin cho các cơ quan y tế công cộng hoặc cơ quan thực thi pháp luật, hoặc trong trường hợp khẩn cấp hoặc trong thảm họa thiên nhiên.

Cho các Bộ phận Chức năng Chuyên biệt của Chính phủ chẳng hạn như các hoạt động quân sự và cựu chiến binh, các hoạt động tình báo và an ninh quốc gia cũng như các dịch vụ bảo vệ cho Tổng thống và những người khác.

Để Bồi thường cho Người lao động khi được ủy quyền bởi hoặc trong phạm vi cần thiết để tuân thủ, luật bồi thường cho người lao động của tiểu bang cho các thương tích hoặc bệnh tật liên quan đến công việc.

Cho Mục đích Nghiên cứu chẳng hạn như nghiên cứu liên quan đến việc đánh giá các phương pháp điều trị nhất định hoặc ngăn ngừa bệnh tật hoặc khuyết tật, nếu nghiên cứu đáp ứng các yêu cầu của luật bảo mật Liên Bang.

Để Cung cấp Thông tin về Người Chết. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin cho nhân viên điều tra hoặc giám định y khoa để xác định một người đã qua đời, xác định nguyên nhân cái chết hoặc theo sự cho phép của pháp luật. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho giám đốc nhà tang lễ khi cần thiết để thực hiện nhiệm vụ của họ.

Cho Mục đích Mua Nội tạng. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin cho các tổ chức xử lý việc mua bán, gửi ngân hàng hoặc cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô để tạo điều kiện cho việc hiến tặng và cấy ghép.

Cho các Cơ quan Cải huấn hoặc các Quan chức Thực thi Pháp luật nếu quý vị là tù nhân của một cơ sở cải huấn hoặc đang được quản thúc bởi một quan chức thực thi pháp luật, nhưng chỉ khi cần thiết (1) để cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị; (2) để bảo vệ sức

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của những người khác; hoặc vì sự an toàn và an ninh của cơ sở cải huấn.

Cho các Hiệp hội Doanh nghiệp thực hiện các chức năng thay mặt chúng tôi hoặc cung cấp cho chúng tôi các dịch vụ nếu thông tin là cần thiết cho các chức năng hoặc dịch vụ đó. Các nhân viên kinh doanh của chúng tôi, theo hợp đồng với chúng tôi và theo luật Liên Bang, được yêu cầu phải bảo vệ quyền riêng tư thông tin của quý vị và không được phép sử dụng hoặc tiết lộ bất kỳ thông tin nào khác với quy định trong hợp đồng của chúng tôi và theo luật Liên Bang cho phép.

Hạn chế Bổ sung về Sử dụng và Tiết lộ Thông tin.

Một số luật Liên Bang và tiểu bang có thể yêu cầu các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư đặc biệt hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe nhất định, bao gồm cả thông tin bí mật cao về quý vị. Các luật như vậy có thể bảo vệ các loại thông tin sau:

- Nghiện rượu và Lạm dụng Dược chất
- Thông tin Sinh trắc học
- Lạm dụng hoặc Bỏ rơi Trẻ em hoặc Người lớn, bao gồm cả Tấn công Tình dục
- Bệnh Truyền nhiễm
- Thông tin Di truyền
- HIV/AIDS
- Sức khỏe Tâm thần
- Thông tin của Trẻ vị thành niên
- Thuốc kê toa
- Sức khỏe Sinh sản
- Các Bệnh lây truyền qua Đường Tình dục

Nếu việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được mô tả ở trên trong thông báo này bị cấm hoặc hạn chế trên thực tế bởi các luật khác áp dụng đối với chúng tôi, thì mục đích của chúng tôi là đáp ứng các yêu cầu của luật nghiêm ngặt hơn.

Chúng tôi duy trì các biện pháp bảo mật thực tế, điện tử và quy trình trong việc xử lý và duy trì thông tin tài chính cá nhân của quý vị, phù hợp với các tiêu chuẩn Liên Bang và tiểu bang hiện hành, để bảo vệ khỏi các rủi ro như mất mát, tiêu hủy hoặc sử dụng sai mục đích. Các biện pháp này bao gồm các biện pháp bảo vệ máy tính, các tệp tin và tòa nhà được bảo mật và các hạn chế đối với những người có thể truy cập thông tin tài chính cá nhân của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp sử dụng và tiết lộ được mô tả và giới hạn như quy định trong thông báo này, chúng tôi sẽ chỉ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị khi có sự cho phép bằng văn bản từ quý vị. Sau khi quý vị cho phép chúng tôi tiết lộ thông tin sức khỏe của mình, chúng tôi không thể đảm bảo rằng người nhận thông tin được cung cấp sẽ không tiết lộ thông tin. Quý vị có thể lấy lại hoặc “thu hồi” văn bản ủy quyền của mình bất kỳ lúc nào bằng văn bản, ngoại trừ trường hợp chúng tôi đã hành động dựa trên ủy quyền của quý vị. Để biết nơi gửi giấy cho

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

phép và cách thu hồi cho phép, hãy liên hệ theo số điện thoại được liệt kê trên thẻ ID chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

Trách nhiệm của Chúng tôi

Theo quy định của pháp luật, chúng tôi phải duy trì quyền riêng tư và bảo mật thông tin y tế được bảo vệ của quý vị. Nếu vi phạm xảy ra có thể làm tổn hại đến quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin của quý vị, chúng tôi sẽ nhanh chóng thông báo cho quý vị theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi phải tuân thủ các nghĩa vụ và thực hành quyền riêng tư được nêu trong thông báo này và cung cấp cho bạn một bản sao của thông báo khi có yêu cầu.

Các Quyền của Quý vị

Sau đây là các quyền của quý vị đối với thông tin sức khỏe của mình:

Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của mình chỉ cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có quyền yêu cầu hạn chế tiết lộ cho các thành viên gia đình hoặc những người khác có liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe hoặc thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng có thể có các chính sách về quyền truy cập của người phụ thuộc cho phép người phụ thuộc của quý vị yêu cầu áp dụng các hạn chế nhất định. **Mặc dù chúng tôi sẽ cố gắng đáp ứng yêu cầu của quý vị và tuân thủ các yêu cầu phù hợp với chính sách của chúng tôi, nhưng xin lưu ý rằng chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với bất kỳ hạn chế nào trừ khi luật pháp yêu cầu..**

Quý vị có quyền yêu cầu nhận thông tin liên lạc bí mật theo cách khác hoặc tại một địa điểm khác (ví dụ: bằng cách gửi thông tin đến hòm thư P.O Box thay vì địa chỉ nhà riêng của quý vị). Chúng tôi sẽ đáp ứng các yêu cầu hợp lý trong trường hợp việc tiết lộ tất cả hoặc một phần thông tin sức khỏe của quý vị có thể gây nguy hiểm cho quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi sẽ chấp nhận yêu cầu bằng lời nói của quý vị để nhận thông tin liên lạc bảo mật; và, chúng tôi cũng có thể yêu cầu quý vị xác nhận yêu cầu của mình bằng văn bản. Ngoài ra, mọi yêu cầu sửa đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu liên lạc bí mật trước đó phải được thực hiện bằng văn bản. Hãy gửi yêu cầu của quý vị đến địa chỉ được liệt kê bên dưới.

Quý vị có quyền xem và nhận bản sao của một số thông tin sức khỏe nhất định mà chúng tôi lưu giữ về quý vị, chẳng hạn như yêu cầu thanh toán bảo hiểm và hồ sơ quản lý trường hợp hoặc y tế. Nếu chúng tôi lưu giữ thông tin sức khỏe của quý vị dưới dạng điện tử, quý vị sẽ có quyền yêu cầu chúng tôi gửi bản sao thông tin sức khỏe ở định dạng điện tử cho quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao thông tin của mình cho bên thứ ba mà quý vị chỉ định. Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được bản tóm tắt thông tin sức khỏe này. Quý vị phải viết đơn yêu cầu kiểm tra và sao chép thông tin sức khỏe của mình hoặc gửi thông tin của quý vị cho bên thứ ba. Hãy gửi yêu cầu của quý vị đến địa chỉ được liệt kê bên dưới. Trong một số trường hợp hạn chế nhất định, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu kiểm tra và sao chép thông tin sức khỏe của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu này, quý vị có thể có quyền được tái xét từ chối. Chúng tôi có thể tính một khoản phí hợp lý để cung cấp bất kỳ bản sao nào.

Quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi thông tin sức khỏe nhất định mà chúng tôi lưu giữ về quý vị, chẳng hạn như yêu cầu thanh toán bảo hiểm và hồ sơ quản lý vụ việc hoặc y tế, nếu quý vị cho rằng thông tin sức khỏe của mình là sai hoặc không đầy đủ. Quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

bản và đưa ra lý do cho yêu cầu sửa đổi. Hãy gửi yêu cầu của quý vị đến địa chỉ được liệt kê bên dưới. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể đưa ra tuyên bố không đồng ý được thêm vào thông tin sức khỏe của quý vị.

Quý vị có quyền nhận được bảng liệt kê những tiết lộ nhất định đối với thông tin của quý vị do chúng tôi thực hiện trong sáu năm trước khi quý vị yêu cầu. Bản liệt kê này không bao gồm tiết lộ các thông tin: (i) cho các mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe; (ii) cho quý vị hoặc theo cho phép của quý vị; và (iii) cho các cơ sở cải huấn hoặc các quan chức thực thi pháp luật; và (iv) các tiết lộ khác mà luật Liên Bang không yêu cầu chúng tôi cung cấp bảng liệt kê.

Quý vị có quyền nhận bản sao giấy của thông báo này. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao của thông báo này bất cứ lúc nào. Ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo này dưới dạng điện tử, quý vị vẫn có quyền nhận được một bản sao bằng giấy của thông báo này. Nếu chúng tôi có trang web, chúng tôi sẽ đăng bản sao của thông báo sửa đổi trên trang web của chúng tôi. Quý vị cũng có thể nhận được một bản sao của thông báo này trên trang web vi.clevercarehealthplan.com.

Thực thi Quyền của Quý vị

Liên hệ với Chương trình Bảo hiểm Y tế của Quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về thông báo này hoặc muốn biết thông tin về việc thực hiện các quyền của mình, vui lòng gọi đến số điện thoại miễn cước dành cho hội trên thẻ ID chương trình bảo hiểm y tế của quý vị hoặc quý vị có thể liên hệ tới số điện thoại miễn cước của Dịch vụ Hội viên 1-833-808-8163 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, và 8 giờ sáng đến 8 giờ tối các ngày thường trong tuần từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9.

Gửi Yêu cầu bằng Văn bản.

Quý vị có thể gửi thư cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản để sử dụng bất cứ quyền hạn, bao gồm sửa đổi hay hủy bỏ thông tin bí mật, yêu cầu cung cấp bản sao hồ sơ, hay yêu cầu sửa đổi hồ sơ của quý vị, tại địa chỉ sau đây:

Clever Care Health Plan
Attn: Privacy Officer
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Ngoài ra, quý vị có thể gửi yêu cầu của mình qua email tới: compliance@ccmapd.com

Nộp Khiếu nại.

Nếu tin rằng quyền riêng tư của mình bị vi phạm, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại tới địa chỉ nêu trên. **Quý vị cũng có thể thông báo cho Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ về khiếu nại của mình.** Chúng tôi bị pháp luật cấm trả đũa quý vị vì nộp đơn khiếu nại dưới bất kỳ hình thức nào. Quyết định nộp đơn khiếu nại của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến quyền lợi hoặc dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Thông báo Quyền riêng tư Thông tin Tài chính**THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN TÀI CHÍNH CỦA QUÝ VỊ. VUI LÒNG ĐỌC THÔNG BÁO CẨN THẬN.**

Clever Care cam kết duy trì tính bảo mật của thông tin tài chính cá nhân của quý vị. Theo mục đích của thông báo này, “thông tin tài chính cá nhân” có nghĩa là thông tin về người ghi danh hoặc người nộp đơn ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế định danh cá nhân đó, thường không được công bố rộng rãi và được thu thập từ cá nhân đó hoặc có được từ việc cung cấp bảo hiểm y tế cho cá nhân đó.

Thông tin Chúng tôi Thu thập

Tùy thuộc vào sản phẩm hoặc dịch vụ quý vị nhận từ chúng tôi, chúng tôi có thể thu thập thông tin tài chính cá nhân không công khai về quý vị từ các nguồn sau:

- Thông tin chúng tôi nhận được từ quý vị trong đơn ghi danh hoặc các biểu mẫu khác, chẳng hạn như tên, địa chỉ, tuổi, thông tin y tế và số An sinh Xã hội.
- Thông tin về các giao dịch của quý vị với chúng tôi, các chi nhánh của chúng tôi hoặc những người khác, chẳng hạn như lịch sử thanh toán phí bảo hiểm và yêu cầu thanh toán bảo hiểm.
- Thông tin từ cơ quan báo cáo người tiêu dùng.

Tiết lộ Thông tin

Chúng tôi không tiết lộ thông tin tài chính cá nhân về những người ghi danh hoặc những người đã ghi danh trước đây cho các bên thứ ba không liên kết nào, trừ khi được yêu cầu hoặc cho phép của pháp luật. Ví dụ: trong quá trình thực hành kinh doanh chung của mình, khi được pháp luật cho phép, chúng tôi có thể tiết lộ bất kỳ thông tin tài chính cá nhân nào mà chúng tôi thu thập về quý vị mà không cần có sự cho phép của quý vị, cho các tổ chức sau, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Cho các chi nhánh công ty của chúng tôi, bao gồm nhà cung cấp dịch vụ tài chính, chẳng hạn như hãng bảo hiểm khác, và các công ty phi tài chính, chẳng hạn như công ty xử lý dữ liệu.
- Cho các công ty không phải chi nhánh khác nhằm mục đích kinh doanh hàng ngày của chúng tôi, chẳng hạn như thực hiện các giao dịch của quý vị, duy trì (các) trương mục hoặc hồi đáp lệnh tòa án và các cuộc điều tra pháp lý.
- Cho các công ty không phải chi nhánh khác để thực hiện dịch vụ cho chúng tôi, bao gồm gửi thông tin quảng cáo nhân danh chúng tôi.

Bảo mật và An toàn

Chúng tôi duy trì các biện pháp bảo mật thực tế, điện tử và quy trình trong việc xử lý và duy trì thông tin tài chính cá nhân của quý vị, phù hợp với các tiêu chuẩn Liên Bang và tiểu bang hiện hành, để bảo vệ khỏi các rủi ro như mất mát, tiêu hủy hoặc sử dụng sai mục đích. Các biện pháp này bao gồm các biện pháp bảo vệ máy tính, các tệp tin và tòa nhà được bảo mật và các hạn chế đối với những người có thể truy cập thông tin tài chính cá nhân của quý vị.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Thắc mắc Về Thông báo này

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về thông báo này, vui lòng gọi số điện thoại miễn cước dành cho hội viên trên thẻ ID chương trình bảo hiểm y tế của quý vị hoặc liên hệ Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (TTY: 711): Ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần và Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình của chúng tôi, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được bao trả của quý vị

Là hội viên Clever Care Total+, quý vị có quyền nhận một số loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Các thông tin này bao gồm, ví dụ như, thông tin về tình trạng tài chính chương trình của chúng tôi.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về năng lực của nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới và cách chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp trong mạng lưới.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy tắc mà quý vị phải tuân thủ khi sử dụng khoản bao trả của mình.** Chương 3 và Chương 4 cung cấp thông tin liên quan đến các dịch vụ y tế. Chương 5 và Chương 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Thông tin về lý do tại sao dịch vụ không được bao trả và quý vị có thể làm gì với điều đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được bao trả hoặc bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là kháng nghị.

Phần 1.5 Quý vị có quyền biết các lựa chọn chữa trị của mình và tham gia vào các quyết định về dịch vụ chăm sóc của mình

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Các nhà cung cấp của quý vị phải giải thích về bệnh trạng của quý vị và các lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách mà quý vị có thể hiểu*.

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ về cách điều trị tốt nhất cho mình, các quyền của quý vị bao gồm những điều sau đây:

- **Để biết về tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho bệnh trạng của mình, bất kể chi phí hoặc các lựa chọn đó có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không. Quý vị cũng phải được thông báo về các chương trình mà chương trình bảo hiểm của chúng tôi cung cấp nhằm giúp các hội viên quản lý và sử dụng thuốc một cách an toàn.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

- **Biết các rủi ro.** Quý vị có quyền được cho biết về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của mình. Quý vị phải được thông báo trước nếu có bất kỳ đề xuất chăm sóc y tế hoặc điều trị nào là một phần của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền lựa chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền nói “không”.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được đề xuất. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị cũng có quyền ngừng dùng thuốc. Nếu từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị sẽ phải hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể mình.

Quý vị có quyền đưa ra hướng dẫn về những việc cần làm nếu không thể tự đưa ra quyết định y tế

Đôi khi mọi người không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc bệnh nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói điều quý vị muốn nếu quý vị ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa rằng, *nếu muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu giấy ủy quyền để trao cho **một người nào đó quyền ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể tự ra quyết định cho chính mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ điều trị y tế cho mình nếu quý vị không thể tự ra quyết định.

Các tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra hướng dẫn trước trong những tình huống này được gọi là **chỉ dẫn trước**. Tài liệu như **di chúc sống** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ về chỉ dẫn trước.

Cách thiết lập chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn:

- **Nhận biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy mẫu chỉ dẫn từ luật sư của mình, nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng cung cấp đồ dùng văn phòng. Đôi khi quý vị có thể nhận được các mẫu chỉ dẫn trước từ các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare.
- **Điền vào biểu mẫu và ký tên.** Bất kể quý vị nhận được biểu mẫu này ở đâu, đó là một tài liệu pháp lý. Cần nhắc nhở luật sư giúp đỡ cho việc chuẩn bị.
- **Cung cấp bản sao của biểu mẫu cho đúng người.** Cung cấp một bản sao chỉ dẫn trước này cho bác sĩ của quý vị và người mà quý vị nêu tên trên văn bản chỉ dẫn trước với tư cách là người đưa ra quyết định cho mình nếu quý vị không thể đưa ra quyết định. Quý vị có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn bè hoặc thành viên gia đình thân thiết. Hãy giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước rằng quý vị sẽ nhập viện và quý vị đã ký một chỉ dẫn trước, **hãy mang theo một bản sao đến bệnh viện.**

- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị đã ký vào chỉ dẫn trước hay chưa và có mang theo hay không.
- Nếu quý vị không ký vào chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn mẫu và sẽ hỏi quý vị có muốn ký không.

Điền vào chỉ dẫn trước là lựa chọn của quý vị (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký một chỉ dẫn trước nếu quý vị đang ở trong bệnh viện hay không). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc hoặc phân biệt đối xử đối với quý vị dựa trên việc quý vị có ký một chỉ dẫn trước hay không.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Nếu chỉ thị của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị ký một chỉ dẫn trước, và quý vị tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên California Bộ Y tế.

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi tái xét các quyết định chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, mối lo ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bao trả hoặc kháng nghị, Chương 9 của tài liệu này cho biết quý vị có thể làm gì. Bất kể quý vị làm gì, yêu cầu quyết định bao trả, kháng nghị hoặc khiếu nại, **chúng tôi đều phải đối xử công bằng với quý vị.**

Phần 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu tin rằng mình đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác hoặc nguồn gốc quốc gia, hãy gọi cho **Văn phòng Dân quyền** của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 (người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697), hoặc gọi cho Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng, và việc đó *không phải* về phân biệt đối xử, quý vị có thể nhận trợ giúp để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải từ những địa điểm này:

- **Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).**
- **Gọi cho SHIP theo số 1-800-434-0022.**
- **Liên hệ với Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).**

Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

Nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị từ những nơi này:

- **Hãy gọi cho chương trình của chúng tôi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711)**
- **Gọi cho SHIP địa phương của quý vị theo số 1-800-434-0022.**
- **Liên hệ với Medicare**
 - Truy cập <https://www.Medicare.gov> để đọc ấn phẩm *Quyền & Bảo vệ của Medicare* (có tại: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)
 - Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi

Dưới đây là những điều quý vị cần làm với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi. Nếu có thắc mắc, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

- **Tìm hiểu về các dịch vụ được bao trả của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này để tìm hiểu về các dịch vụ được bao trả và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ được bao trả.
 - Chương 3 và Chương 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế.
 - Chương 5 và Chương 6 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các quyền lợi này.
- **Cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ hội viên chương trình của chúng tôi bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D.
- **Giúp bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác giúp quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi và theo dõi quá trình chăm sóc của quý vị.**
 - Để giúp được chăm sóc tốt nhất, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Thực hiện theo các kế hoạch và hướng dẫn điều trị mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã thống nhất.
 - Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng.
 - Nếu quý vị có câu hỏi, hãy hỏi và nhận câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **Hãy cân nhắc.** Chúng tôi mong muốn các hội viên của chúng tôi tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị sẽ hành động theo cách giúp văn phòng bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động trơn tru.
- **Thanh toán những gì quý vị còn nợ.** Là một hội viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán này:
 - Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm cho Medicare Phần B của mình để tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi.
 - Đối với hầu hết các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị phải trả phần chi phí của mình khi nhận dịch vụ hoặc thuốc.
 - Nếu quý vị được yêu cầu trả phí ghi danh trễ, quý vị sẽ phải trả tiền phạt để duy trì bảo hiểm thuốc của mình.
 - Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán số tiền phụ trội cho Phần D vì thu nhập hàng năm của mình, quý vị phải tiếp tục thanh toán số tiền phụ trội đó trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục là hội viên của chương trình.

CHƯƠNG 8 Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

- Nếu quý vị chuyển chỗ ở *trong* khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi, chúng tôi cần biết để có thể cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- Nếu quý vị chuyển *ra ngoài* khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị chuyển đi, hãy báo cho Sở An sinh Xã hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa).

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

CHƯƠNG 9:***Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)*****PHẦN 1 Quý vị cần làm gì nếu gặp vấn đề hoặc quan ngại**

Chương này giải thích 2 loại quy trình để xử lý các vấn đề và quan ngại:

- Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bao trả và kháng nghị**.
- Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại** (cũng được gọi là than phiền).

Cả hai quy trình này đều đã được Medicare chấp thuận. Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Thông tin trong chương này sẽ giúp bạn xác định đúng quy trình cần sử dụng và những việc cần làm.

Phần 1.1 Các điều khoản pháp lý

Có các thuật ngữ pháp lý cho một số quy tắc, thủ tục và các loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người. Để mọi thứ dễ dàng hơn, chương này sử dụng những từ quen thuộc hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý.

Tuy nhiên, có thể đôi khi khá quan trọng khi quý vị biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Để giúp quý vị biết nên sử dụng thuật ngữ nào để nhận được sự trợ giúp hoặc thông tin đúng, chúng tôi đưa ra các thuật ngữ pháp lý này khi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các trường hợp cụ thể.

PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách đối xử của chúng tôi với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Quý vị phải luôn gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để được trợ giúp. Trong một số trường hợp, quý vị cũng có thể cần sự giúp đỡ hoặc hướng dẫn từ một bên không có liên hệ với chúng tôi. Hai tổ chức có thể giúp quý vị là:

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Mỗi tiểu bang có một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo. Chương trình không có kết nối với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Các cố vấn tại chương trình này có thể giúp quý vị hiểu nên sử dụng quy trình nào để

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

xử lý vấn đề mà quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời câu hỏi, cung cấp cho quý vị thêm thông tin và hướng dẫn về những việc cần làm.

Các dịch vụ của nhân viên tư vấn SHIP là miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy các số điện thoại và URL của trang web ở Phần 3 của Chương 2 của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để nhận trợ giúp.

- Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.medicare.gov.

PHẦN 3 Quy trình sử dụng cho vấn đề của quý vị

Có phải vấn đề hoặc mối lo ngại của quý vị là về quyền lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không?

Việc này bao gồm các vấn đề về việc chăm sóc y tế (dịch vụ, thiết bị y tế và/hoặc thuốc Phần B) có được bao trả hay không, cách thức bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.

Có.

Đi tới **Phần 4 Hướng dẫn những điều cơ bản về quyết định bao trả và kháng nghị.**

Không.

Đi tới **Phần 10, Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác**

Các quyết định bao trả và kháng nghị

PHẦN 4 Hướng dẫn những điều cơ bản về quyết định bao trả và kháng nghị

Quyết định bao trả và kháng nghị giải quyết các vấn đề về quyền lợi và bao trả của quý vị cho các dịch vụ chăm sóc y tế (dịch vụ, thiết bị và thuốc Phần B, bao gồm cả thanh toán). Để đơn giản hóa, chúng tôi thường đề cập đến các thiết bị y tế, dịch vụ và thuốc của Medicare Phần B là **chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quyết định bao trả và quy trình kháng nghị cho các vấn đề như liệu dịch vụ nào đó có được bao trả hay không và cách thức bao trả thế nào.

Yêu cầu quyết định bao trả trước khi quý vị nhận dịch vụ

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế trước khi quý vị nhận hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho mình. Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về khoản

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của chúng tôi giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa không nằm trong mạng lưới, thì việc giới thiệu này được coi là một quyết định bao trả có lợi trừ khi quý vị hoặc bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với bác sĩ chuyên khoa này hoặc *Chứng từ Bảo hiểm* nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bao trả dưới bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bao trả nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu về quyết định bao trả sẽ bị từ chối, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về khi một yêu cầu sẽ bị từ chối bao gồm nếu yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu về quyết định bao trả, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc từ chối.

Chúng tôi đưa ra quyết định bao trả bất cứ khi nào chúng tôi xác định được những gì được bao trả và số tiền chúng tôi bao trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ chăm sóc y tế không được bao trả hoặc không còn được bao trả cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả này, quý vị có thể kháng nghị.

Kháng nghị

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả, cho dù trước hay sau khi quý vị nhận được quyền lợi, và quý vị thấy không hài lòng thì quý vị có thể **kháng nghị** quyết định đó. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi duyệt xét và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể yêu cầu một kháng nghị cấp tốc hay còn gọi là **kháng nghị nhanh** về quyết định bao trả. Kháng nghị của quý vị được xử lý bởi những người xem xét khác chứ không phải là những người đã đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng nghị một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Kháng nghị Cấp độ 1. Trong kháng nghị này, chúng tôi xem xét quyết định kháng nghị mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng các quy tắc hay không. Khi hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định đối với trường hợp của quý vị.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu về kháng nghị Cấp độ 1 sẽ bị từ chối, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về khi một yêu cầu sẽ bị từ chối bao gồm nếu yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng nghị Cấp độ 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị về chăm sóc y tế, kháng nghị của quý vị sẽ tự động chuyển sang kháng nghị Cấp độ 2 do một tổ chức đánh giá độc lập không liên kết với chúng tôi thực hiện.

- Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng nghị Cấp độ 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị về chăm sóc y tế của quý vị lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Đến **Phần 5.4** để biết thêm thông tin về kháng nghị Cấp 2 đối với dịch vụ chăm sóc y tế.
- Các kháng nghị Phần D sẽ được thảo luận thêm trong Phần 6.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại Kháng nghị Cấp độ 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các cấp kháng nghị bổ sung (chương này trình bày về quy trình kháng nghị Cấp độ 3, 4 và 5).

Phần 4.1 Cách nhận trợ giúp khi yêu cầu quyết định bao trả hoặc đưa ra kháng nghị

Dưới đây là các nguồn lực hỗ trợ nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng nghị một quyết định:

- **Hãy gọi cho chúng tôi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711)**
- **Nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang.
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu thay cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp kháng nghị qua Cấp độ 2, họ cần được chỉ định làm đại diện cho quý vị. Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu mẫu *Chỉ định Người đại diện*. (Mẫu này cũng có sẵn tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com.
 - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần B, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị Cấp độ 1. Nếu kháng nghị của quý vị bị từ chối ở Cấp độ 1, kháng nghị sẽ được tự động chuyển tiếp lên Cấp độ 2.
 - Đối với thuốc Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị Cấp độ 1. Nếu kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị Cấp độ 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu người thay mặt quý vị.** Quý vị có thể chỉ định một người khác làm người đại diện thay quý vị để yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị.
 - Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm đại diện cho mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu cấp mẫu giấy *Chỉ định Người Đại diện*. (Mẫu này cũng có sẵn tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com.) Mẫu này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Đơn phải có chữ ký của quý vị và người mà quý vị muốn đại diện cho mình. Quý vị phải gửi cho chúng tôi một bản sao của đơn đã ký.
 - Chúng tôi có thể tiếp nhận yêu cầu kháng nghị từ một đại diện mà không cần đơn này, nhưng chúng tôi không thể hoàn thành tái xét cho đến sau khi nhận được đơn. Nếu chúng tôi không nhận được đơn trước thời hạn để chúng tôi đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị thì kháng nghị của quý vị sẽ bị hủy bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích việc quý vị có quyền yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xem xét lại quyết định bác bỏ đơn kháng nghị của chúng tôi.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư riêng của mình hoặc lấy tên của luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Có các nhóm sẽ

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy vậy, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng nghị một quyết định.

Phần 4.2 Quy tắc và thời hạn cho các tình huống khác nhau

Có 4 tình huống khác nhau liên quan đến quyết định bao trả và kháng nghị. Mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho từng tình huống sau:

- **Phần 5:** Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị
- **Phần 6:** Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị
- **Phần 7:** Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm.
- **Phần 8:** Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bao trả của quý vị kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau đây: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc chắn thông tin nào áp dụng cho mình, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ SHIP.

PHẦN 5 Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị

Phần 5.1 Quý vị cần làm gì nếu gặp khó khăn trong việc nhận bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc muốn chúng tôi hoàn lại phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong Chương 4 của Bảng Quyền lợi Y tế. Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau được áp dụng cho yêu cầu về thuốc Phần B. Trong các trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc đối với thuốc Phần B khác với các quy tắc đối với các vật dụng và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong 5 tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng dịch vụ này được chương trình của chúng tôi bao trả. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 5.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp y tế khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình của chúng tôi bao trả. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 5.2.**
3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng cần được chương trình của chúng tôi bao trả, nhưng chúng tôi đã trả lời rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó. **Làm đơn kháng nghị. Phần 5.3.**

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng phải được chương trình của chúng tôi bao trả, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 5.5.**
5. Quý vị được cho biết rằng việc bao trả cho một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đang nhận mà chúng tôi đã phê duyệt trước đó sẽ bị giảm hoặc ngừng, và quý vị tin rằng việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc đó có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị. **Làm đơn kháng nghị. Phần 5.3.**

Lưu ý: Nếu khoản bao trả sẽ bị ngừng cung cấp là cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF), hãy đi tới Phần 7 và Phần 8. Có các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại hình chăm sóc này.

Phần 5.2 Cách yêu cầu một quyết định bao trả

Thuật ngữ pháp lý:
Một quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết định đó được gọi là quyết định của tổ chức .
Quyết định bao trả nhanh được gọi là quyết định bao trả giải quyết nhanh .

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bao trả tiêu chuẩn hay một quyết định bao trả nhanh.

Quyết định bao trả tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày dương lịch khi vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi, 14 ngày dương lịch đối với tất cả các vật dụng và dịch vụ y tế khác, hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Quyết định bao trả nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với các dịch vụ y tế hoặc 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để nhận được quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng 2 yêu cầu:

- Quý vị *chỉ có thể yêu cầu* bao trả cho các thiết bị y tế và/hoặc dịch vụ (không được yêu cầu thanh toán cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ đã nhận được).
- Quý vị *chỉ* có thể nhận được quyết định bao trả nhanh nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc cản trở khả năng hồi phục chức năng của quý vị.

Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh.

Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bao trả nhanh không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi đưa ra quyết định bao trả nhanh hay không. Nếu chúng tôi không chấp thuận một quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư, trong đó:

- Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn thông thường

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị
- Giải thích rằng quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi trong việc ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh mà quý vị đã yêu cầu.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả tiêu chuẩn hoặc quyết định bao trả nhanh.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu bao trả chăm sóc y tế của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bao trả tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 7 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị về vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc cho phép trước. Nếu vật dụng hoặc dịch vụ y tế được yêu cầu của quý vị không tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu quyết định dành thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị ngay sau khi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình về các quyết định bao trả và kháng nghị. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại. Đi tới Phần 10 để biết thông tin về khiếu nại).

Đối với các quyết định về bao trả nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian nhanh.

Quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là mua thuốc Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày** nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu quyết định dành thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc Phần B.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần thêm ngày, quý vị có thể nộp *khiếu nại nhanh*. (Đi tới Phần 10 để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi đưa ra quyết định.
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bao trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại bằng cách nộp đơn kháng nghị. Điều đó có nghĩa là hãy yêu cầu lại để nhận được bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, có nghĩa là quý vị đang tiếp tục đến Cấp độ 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 5.3 Cách thực hiện Kháng nghị Cấp độ 1

Thuật ngữ pháp lý:
Kháng nghị với chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là một tái xét quyết định của chương trình.
Kháng nghị nhanh còn được gọi là tái xét giải quyết nhanh .

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày dương lịch đối với thuốc Phần B. Kháng nghị nhanh thường được giải quyết trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị đang kháng nghị quyết định mà chúng tôi đưa ra về bao trả, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ cho phép quý vị kháng nghị nhanh.
- Các yêu cầu để được kháng nghị nhanh cũng giống như các yêu cầu để nhận được quyết định bao trả nhanh trong Phần 5.2.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi giải quyết kháng nghị hoặc kháng nghị nhanh

- Nếu quý vị yêu cầu một kháng nghị tiêu chuẩn, hãy đưa ra kháng nghị tiêu chuẩn bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị nhanh, hãy gửi đơn kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Quý vị phải gửi yêu cầu kháng nghị của mình trong vòng 65 ngày dương lịch kể từ ngày chúng tôi gửi thông báo bằng văn bản để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bao trả. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này với lý do chính đáng, hãy giải thích lý do gửi đơn kháng nghị trễ khi quý vị thực hiện kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

gồm: quý vị bị bệnh nghiêm trọng nên không thể liên hệ với chúng tôi, hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.

- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin của quyết định y tế. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thông tin để củng cố đơn kháng nghị.** Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chương trình chúng tôi đang xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận lại tất cả thông tin. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần, có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho một kháng nghị nhanh

- Đối với kháng nghị nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể mất thêm 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu quyết định dành thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc Phần B.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian bổ sung nếu chúng tôi mất thêm ngày), chúng tôi buộc phải tự động gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 5.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp các khoản bao trả mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để tiến hành Kháng nghị Cấp độ 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho một kháng nghị tiêu chuẩn

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là cho việc mua thuốc Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày** dương lịch sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể mất thêm 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu quyết định dành thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cần thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Đi tới Phần 10 của chương này để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại.)
- Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời đúng thời hạn (hoặc vào cuối khoảng thời gian gia hạn), chúng tôi sẽ phải tự động gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2, và khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 5.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp việc bao trả trong vòng 30 ngày dương lịch nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.
- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, chúng tôi sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để giải quyết kháng nghị Cấp độ 2.

Phần 5.4 Quy trình kháng nghị Cấp độ 2

Thuật ngữ pháp lý:

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ quan Đánh giá Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Cơ quan này không có kết nối với chúng tôi và không phải là cơ quan của chính phủ. Cơ quan này sẽ quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có đúng hay không hoặc có nên được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét đơn kháng nghị của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị của quý vị cho họ. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp của quý vị**. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để củng cố cho kháng nghị của quý vị.
- Những người xem xét tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ kiểm tra cẩn thận tất cả các thông tin về đơn kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị có kháng nghị nhanh ở Cấp độ 1 thì quý vị cũng sẽ có kháng nghị nhanh ở Cấp độ 2.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Đối với kháng nghị nhanh, tổ chức đánh giá độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho Kháng nghị cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi họ nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị thì **có thể mất thêm tới 14 ngày dương lịch nữa**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc Phần B.

Nếu quý vị có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp độ 1 thì quý vị cũng sẽ có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp độ 2.

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho Kháng nghị cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** kể từ khi họ nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B, tổ chức đánh giá độc lập phải đưa ra câu trả lời cho kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi họ nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị thì **có thể mất thêm tới 14 ngày dương lịch nữa**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc Phần B.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập thông báo cho quý vị câu trả lời của họ.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của mình bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với một vật dụng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bao trả chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với các yêu cầu tiêu chuẩn. Đối với các yêu cầu giải quyết nhanh, chúng tôi có 72 giờ kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý đối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu mua thuốc Phần B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp số thuốc Phần B **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với các **yêu cầu giải quyết nhanh**, chúng tôi có **24 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bao trả chăm sóc y tế sẽ không được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
 - Giải thích quyết định.
 - Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp độ 3 của quý vị nếu số tiền bao trả chăm sóc y tế đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền cần đáp ứng để tiếp tục quy trình kháng nghị.

- Hướng dẫn quý vị cách nộp đơn kháng nghị Cấp độ 3.

Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị sẽ chọn xem có muốn tiếp tục kháng nghị hay không

- Có 3 cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp độ 2 (tổng cộng có 5 cấp độ kháng nghị). Nếu quý vị muốn tiến hành kháng nghị Cấp độ 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi kháng nghị Cấp độ 2.
- Kháng nghị Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 9 trình bày thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

Phần 5.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi trên hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã nhận được

Chương 7 mô tả khi quý vị có thể cần yêu cầu hoàn trả hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận từ một nhà cung cấp. Nó cũng cho quý vị biết cách gửi cho chúng tôi các thủ tục giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định bao trả từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu một quyết định bao trả. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã chi trả có được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ các quy tắc về sử dụng bảo hiểm để chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả và quý vị tuân thủ các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho phần chia sẻ chi phí thường là trong vòng 30 ngày dương lịch nhưng không muộn hơn 60 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế đó, chúng tôi sẽ gửi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế đó *không* được bao trả, hoặc quý vị đã *không* tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế đó và lý do.

Nếu không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể kháng nghị**. Nếu quý vị kháng nghị, có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi việc bao trả mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để đưa ra kháng nghị này, hãy làm theo quy trình kháng nghị tại Phần 5.3. Đối với các kháng nghị liên quan đến việc bồi hoàn, xin lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng nghị nhanh.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 30 ngày dương lịch. Nếu câu trả lời cho kháng nghị của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp độ 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 60 ngày dương lịch.

PHẦN 6 Thuộc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị

Phần 6.1 Phải làm gì nếu gặp vấn đề với việc mua thuốc Phần D hoặc muốn chúng tôi hoàn trả tiền thuốc Phần D cho quý vị

Quyền lợi của quý vị bao gồm bao trả cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được bao trả, thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Đi tới Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, hãy đi tới Chương 5 và Chương 6. **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Phần D của quý vị.** Để đơn giản hóa, chúng tôi thường dùng từ *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại cụm từ *thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú được chi trả* hoặc *thuốc Phần D*. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh Sách Thuốc thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* hoặc *Danh Mục Thuốc*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc mình có đáp ứng các quy tắc hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc của quý vị yêu cầu quý vị được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi chi trả.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng toa thuốc của quý vị không thể được cấp bổ sung như đã viết, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bao trả.

Quyết định bao trả Phần D và kháng nghị

Thuật ngữ pháp lý:
Quyết định bao trả ban đầu về các loại thuốc Phần D của quý vị được gọi là Quyết định Bao trả .

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong các tình huống sau đây:

- Yêu cầu bao trả một loại thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc. **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 6.2**
- Yêu cầu từ bỏ giới hạn bao trả chương trình của chúng tôi đối với một loại thuốc (ví dụ như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể được nhận, tiêu chí cho phép trước hoặc yêu cầu thử một loại thuốc khác trước). **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 6.2**

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Yêu cầu trả số tiền chia sẻ phí tổn thấp hơn cho loại thuốc được bao trả ở bậc chia sẻ phí tổn cao hơn. **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 6.2**
- Yêu cầu phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 6.4**
- Thanh toán cho một loại thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi bồi hoàn tiền cho quý vị. Phần 6.4**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bao trả và cách yêu cầu kháng nghị.

Phần 6.2 Yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Thuật ngữ pháp lý:

Yêu cầu bao trả cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc là **ngoại lệ đối với danh mục**.

Yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với việc bao trả cho một loại thuốc là **ngoại lệ đối với danh mục**.

Yêu cầu trả một mức giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bao trả là **ngoại lệ về bậc**.

(Nếu thuốc không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra **ngoại lệ**. Một ngoại lệ là một loại quyết định bao trả.

Đối với chúng tôi, để xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị phải được ngoại lệ. Đây là 2 ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

- 1. Bao trả một loại thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý bao trả một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ cần phải trả số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho tất cả các loại thuốc của chúng tôi. Quý vị không thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.
- 2. Loại bỏ một giới hạn đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong Danh mục Thuốc của chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và từ bỏ một hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.
- 3. Thay đổi bao trả cho một loại thuốc sang bậc chia sẻ phí tổn thấp hơn.** Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ phí tổn. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp thì quý vị sẽ càng phải trả ít hơn cho phần chia sẻ chi phí thuốc của mình.
 - Nếu Danh Sách Thuốc của chúng tôi có (các) loại thuốc thay thế để điều trị bệnh trạng của quý vị nằm trong bậc chia sẻ phí tổn thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị theo mức chia sẻ phí tổn áp dụng cho (các) loại thuốc thay thế).

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu thuốc mà quý vị đang dùng là một sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc với số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn. Đây sẽ là bậc thấp nhất có các sản phẩm thay thế sinh học để điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu loại thuốc mà quý vị đang dùng là một biệt dược, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc với số tiền chia sẻ chi phí tối đa áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa các chất thay thế biệt dược để điều trị bệnh trạng của quý vị.
- Nếu loại thuốc mà quý vị đang dùng là một thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc với số tiền chia sẻ chi phí tối đa áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa các chất thay thế thuốc gốc để điều trị bệnh trạng của quý vị.
- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí cho bất kỳ loại thuốc nào thuộc Bậc 5.
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ về bậc của quý vị và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, quý vị thường sẽ phải trả số tiền thấp nhất.

Phần 6.3 Những điều quan trọng cần biết về yêu cầu ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải giải thích cho chúng tôi lý do y tế cho yêu cầu ngoại lệ. Để nhận được quyết định nhanh hơn, hãy bao gồm thông tin y tế từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một bệnh trạng cụ thể. Các khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu một loại thuốc thay thế sẽ có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị đang yêu cầu và không gây ra nhiều tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ không chấp thuận yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi về một ngoại lệ về bậc, chúng tôi thường sẽ không chấp thuận yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ, trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không hiệu quả với quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hay tác hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ, sự chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực cho đến cuối năm chương trình của chúng tôi. Điều này đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định bằng cách kháng nghị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 6.4 Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ

Thuật ngữ pháp lý:

Quyết định bao trả nhanh được gọi là **Quyết định bao trả giải quyết nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bao trả tiêu chuẩn hay một quyết định bao trả nhanh.

Các quyết định về bao trả tiêu chuẩn được thực hiện trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ của quý vị. Các quyết định về bao trả nhanh được thực hiện trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ của quý vị.

Nếu cần thiết do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh. Để nhận được quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng 2 yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh để hoàn lại tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.)
- Việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến chức năng hoạt động của quý vị.
- Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh.
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bao trả nhanh không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi đưa ra quyết định bao trả nhanh hay không. Nếu chúng tôi không chấp thuận một quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư, trong đó:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn thông thường.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh.
 - Cho biết cách quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi trong việc ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh mà quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu quyết định bao trả tiêu chuẩn hay quyết định bao trả nhanh.

Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình quyết định bao trả thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm một yêu cầu được gửi theo *Mẫu Yêu cầu Quyết định Bao trả* hoặc trên biểu mẫu của chương trình chúng tôi, mà lácó sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.clevercarehealthplan.com. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để giúp chúng tôi

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

xử lý yêu cầu của quý vị, hãy bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin cho thấy yêu cầu thanh toán bảo hiểm bị từ chối nào đang được kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác), hoặc người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Quý vị cũng có thể có một luật sư đại diện cho mình. Phần 4 cho biết cách quý vị cho phép bằng văn bản để người khác làm người đại diện cho mình.

- **Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố ủng hộ** nêu các lý do y tế cho ngoại lệ đó. Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi bản tuyên bố qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó gửi fax hoặc gửi thư báo cáo bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và trả lời.***Thời hạn cho quyết định bao trả nhanh***

- Thông thường chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu chúng tôi đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp việc bao trả mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Thời hạn cho một quyết định bao trả tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Thông thường chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu chúng tôi đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp việc bao trả mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bao trả của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại bằng cách nộp đơn kháng nghị. Điều đó có nghĩa là hãy yêu cầu lại để nhận được bao trả thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, có nghĩa là quý vị đang tiếp tục đến Cấp độ 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 6.5 Cách thực hiện Kháng nghị Cấp độ 1

Thuật ngữ pháp lý:
Kháng nghị đối với chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả thuốc Phần D được gọi là một tái xét quyết định của chương trình.
Kháng nghị nhanh được gọi là tái xét quyết định được giải quyết nhanh .

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Một kháng nghị tiêu chuẩn thường được giải quyết trong vòng 7 ngày dương lịch. Kháng nghị nhanh thường được giải quyết trong vòng 72 giờ. Nếu cần thiết do tình hình sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.

- Nếu quý vị đang kháng nghị quyết định mà chúng tôi đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được kháng nghị nhanh cũng giống như các yêu cầu để nhận được quyết định bao trả nhanh trong Phần 6.4 của chương này.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 2: Quý vị, đại diện của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải liên lạc với chúng tôi và tiến hành Kháng nghị Cấp độ 1. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu trả lời nhanh, quý vị phải nộp kháng nghị nhanh.

- **Đối với các kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản** hoặc gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với kháng nghị nhanh, hãy gửi kháng nghị của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-833-808-8163.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào**, bao gồm một yêu cầu được gửi theo *Mẫu Yêu cầu Tài xét quyết định Bao trả CMS* có sẵn trên trang web của chúng tôi vi.clevercarehealthplan.com. Cung cấp tên, thông tin liên hệ và các thông tin về yêu cầu của quý vị để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị phải gửi yêu cầu kháng nghị của mình trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thông báo bằng văn bản để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bao trả. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này với lý do chính đáng, hãy giải thích lý do gửi đơn kháng nghị trễ khi quý vị thực hiện kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm: quý vị bị bệnh nghiêm trọng nên không thể liên hệ với chúng tôi, hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao các thông tin trong đơn kháng nghị của mình và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thông tin để củng cố đơn kháng nghị. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận lại tất cả thông tin về yêu cầu bao trả chăm sóc y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi từ chối yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho một kháng nghị nhanh

- **Đối với kháng nghị nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.** Chúng tôi sẽ trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và yêu cầu sẽ được tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp các khoản bao trả mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách thức quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một kháng nghị tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 7 ngày dương lịch, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp độ 2.
- Nếu chúng tôi đồng ý bao trả cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải thực hiện bao trả trong thời gian nhanh nhất khi sức khỏe của quý vị yêu cầu, nhưng không muộn hơn **7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách thức quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn về việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị, và yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng **30 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem mình có muốn tiếp tục với quy trình kháng nghị hay không và tiến hành một kháng nghị khác.

- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng nghị khác, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ chuyển lên Cấp độ 2 của quy trình kháng nghị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 6.6 Cách thực hiện Kháng nghị Cấp độ 2

Thuật ngữ pháp lý:
Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là Cơ quan Đánh giá Độc lập . Đôi khi nó được gọi là IRE .

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Cơ quan này không có kết nối với chúng tôi và không phải là cơ quan của chính phủ. Cơ quan này sẽ quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có đúng hay không hoặc có nên được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Quý vị (hoặc đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối Kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị, thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách thực hiện kháng nghị Cấp độ 2** với tổ chức đánh giá độc lập. Các hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể đưa ra kháng nghị Cấp độ 2 này, quý vị phải tuân theo thời hạn nào và cách liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập.
 - **Quý vị phải gửi yêu cầu kháng nghị của mình trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thông báo bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi không hoàn thành việc duyệt xét của mình trong khung thời gian quy định hoặc đưa ra quyết định bất lợi về việc xác định **at-risk** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển yêu cầu của quý vị đến IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị của quý vị cho tổ chức đánh giá độc lập. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp của quý vị**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.** Chúng tôi được phép tính phí sao chép đối với quý vị và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để củng cố cho kháng nghị của quý vị.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét đơn kháng nghị của quý vị.

Những người xem xét tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ kiểm tra cẩn thận tất cả các thông tin về đơn kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh

- Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập để được kháng nghị nhanh.
- Nếu đồng ý cho phép kháng nghị nhanh, tổ chức đánh giá phải trả lời về kháng nghị cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi họ nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời về kháng nghị cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị nếu đó là cho loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị cho một loại thuốc quý vị đã mua, tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời về kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập thông báo cho quý vị câu trả lời của họ.***Đối với kháng nghị nhanh:***

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bao trả thuốc đã được tổ chức đánh giá độc lập phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.

Đối với kháng nghị tiêu chuẩn:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bao trả của quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bao trả thuốc** đã được tổ chức đánh giá độc lập phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận yêu cầu hoàn lại một phần hoặc tất cả tiền cho quý vị đối với thuốc quý vị đã mua, chúng tôi buộc phải **gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối kháng nghị của quý vị?

Nếu cơ quan này từ chối **một phần hoặc toàn bộ** kháng nghị của quý vị, có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi là không chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Nó còn được gọi là **từ chối kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định.
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp độ 3 của quý vị nếu số tiền bao trả bảo hiểm thuốc mà quý vị đang yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị bằng đô la của khoản bao trả thuốc mà quý vị đang yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng nghị khác, và quyết định ở Cấp độ 2 là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết số tiền phải được tranh chấp để tiếp tục quá trình kháng nghị.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị sẽ chọn xem có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có 3 cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp độ 2 (tổng cộng có 5 cấp độ kháng nghị).
- Nếu quý vị muốn tiến hành kháng nghị Cấp độ 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Kháng nghị Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 9 trong chương này trình bày thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 7 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm.

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận được tất cả các dịch vụ bệnh viện được bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích.

Trong thời gian quý vị nằm viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ sẽ giúp sắp xếp việc chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị xuất viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị đã được quyết định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu cho rằng mình đang được yêu cầu xuất viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 7.1 Trong thời gian nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare cho quý vị biết về các quyền của quý vị

Trong vòng 2 ngày dương lịch kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản được gọi là *Một Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền lợi của Quý vị*. Mọi người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ, nhân viên phụ trách hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

1. Đọc kỹ thông báo này và hỏi nếu quý vị không hiểu. Nó cho quý vị biết:

- Quyền nhận các dịch vụ do Medicare bao trả trong và sau thời gian nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Các quyền này bao gồm quyền được biết các dịch vụ này gồm những gì, ai sẽ trả tiền cho chúng và quý vị có thể nhận chúng ở đâu.
- Quyền của quý vị trong việc tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của mình.
- Nơi báo cáo bất kỳ mối lo ngại nào của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
- Quyền của quý vị trong việc **yêu cầu một xem xét ngay** về quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng mình sẽ được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

cầu hoãn ngày xuất viện của quý vị để chúng tôi sẽ chi trả cho việc chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong một thời gian dài hơn.

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để xác nhận rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.

- Quý vị hoặc người thay mặt quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo.
- Việc ký vào thông báo *chỉ* cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký vào thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý về một ngày xuất viện.

3. Giữ bản sao thông báo, để quý vị có thông tin về việc kháng nghị (hoặc báo cáo mối lo ngại về chất lượng chăm sóc) nếu cần.

- Nếu quý vị ký vào thông báo hơn 2 ngày dương lịch trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi dự kiến xuất viện.
- Để xem trước bản sao của thông báo này, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nhận thông báo trực tuyến tại <https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Phần 7.2 Cách nộp đơn kháng nghị Cấp độ 1 để thay đổi ngày xuất viện

Để yêu cầu chúng tôi chi trả các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình trong thời gian dài hơn, hãy sử dụng quy trình kháng nghị để thực hiện yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu những gì quý vị cần làm và thời hạn thực hiện.

- **Tuân theo quy trình**
- **Đáp ứng thời hạn**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị có thắc mắc. Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp cá nhân hóa. Thông tin liên hệ của SHIP có trong Chương 2, Phần 3.

Trong kháng nghị Cấp độ 1, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Họ kiểm tra xem liệu ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế cho quý vị hay không. **Tổ chức Cải tiến Chất lượng** là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Việc này bao gồm cả xem xét ngày xuất viện của những người có Medicare. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng của tiểu bang quý vị và yêu cầu xem xét nhanh về việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động nhanh chóng.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền của Quý vị*) cho quý vị biết cách tiếp cận tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

số điện thoại của Tổ chức Cải tiến Chất lượng cho tiểu bang của quý vị được nêu tại Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

- Để kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng *trước khi* rời bệnh viện và **không muộn hơn giữa đêm của ngày quý vị xuất viện**.
 - **Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này**, quý vị có thể ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện mà *không phải trả tiền cho việc đó* trong khi chờ đợi để nhận được quyết định từ Tổ chức Cải tiến Chất lượng.
 - **Nếu quý vị không đáp ứng thời hạn này, hãy liên hệ với chúng tôi.** Nếu quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày dự kiến xuất viện, *quý vị có thể phải trả tất cả các chi phí* để được chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- Sau khi quý vị yêu cầu xem xét nhanh về việc xuất viện của mình, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Vào buổi trưa của ngày sau khi được liên hệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông báo Chi tiết Xuất viện**. Thông báo này cho biết ngày xuất viện dự kiến và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị và chúng tôi cho rằng việc để quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).
- Quý vị có thể lấy mẫu **Thông báo Xuất viện Chi tiết** bằng cách gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048). Hoặc quý vị có thể nhận thông báo mẫu trực tuyến tại <https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải tiến Chất lượng (*người duyệt xét*) sẽ hỏi quý vị (hoặc đại diện của quý vị) vì sao quý vị tin rằng nên tiếp tục bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không phải chuẩn bị bất cứ thứ gì bằng văn bản, nhưng có thể làm như vậy nếu muốn.
- Những người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét các thông tin mà chúng tôi và bệnh viện đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa của ngày sau khi những người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị và chúng tôi cho rằng việc để quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập *đồng ý*, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả của quý vị trong thời gian các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (ví dụ như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có áp dụng những khoản này). Ngoài ra, có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập *từ chối*, họ nói rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **việc bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa ngày *sau khi* Tổ chức Cải tiến Chất lượng trả lời về đơn kháng nghị của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập nói *từ chối* kháng nghị của quý vị và quý vị quyết định ở lại bệnh viện, quý vị **có thể phải trả toàn bộ chi phí** dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải tiến Chất lượng trả lời về đơn kháng nghị của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không đối với kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem mình có muốn thực hiện một kháng nghị khác hay không.

- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng đã *từ chối* kháng nghị của quý vị và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày dự kiến xuất viện thì quý vị có thể kháng nghị lại. Đưa ra một kháng nghị khác có nghĩa là quý vị đang tiếp tục đến *Cấp độ 2* của quy trình kháng nghị.

Phần 7.3 Cách nộp đơn kháng nghị Cấp độ 2 để thay đổi ngày xuất viện

Trong Kháng nghị Cấp độ 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải tiến Chất lượng xem xét lại quyết định đưa ra trong lần kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng *từ chối* kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải tiến Chất lượng và yêu cầu họ xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày Tổ chức Cải tiến Chất lượng *từ chối* kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét này nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét lại trường hợp của quý vị lần thứ hai.

- Những người đánh giá tại Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về kháng nghị của quý vị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị Cấp độ 2, những người đánh giá sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ trưa ngày sau ngày khiếu nại đầu tiên của quý vị bị Tổ chức Cải tiến Chất lượng từ chối. Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp khoản bao trả cho chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị, miễn là cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và các giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đã đưa ra đối với kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị. Đây được gọi là giữ nguyên quyết định.
- Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quá trình xem xét.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị cần quyết định xem mình có muốn tiếp tục kháng nghị hay không bằng cách chuyển sang Cấp độ 3.

- Có 3 cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp độ 2 (tổng cộng có 5 cấp độ kháng nghị). Nếu quý vị muốn tiến hành kháng nghị Cấp độ 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị.
- Kháng nghị Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 9 trong chương này trình bày thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng việc bao trả của quý vị kết thúc quá sớm

Khi quý vị nhận **dịch vụ y tế tại nhà được bao trả, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú)**, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại hình chăm sóc đó miễn là dịch vụ chăm sóc đó cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc ngừng chi trả bất kỳ hình thức chăm sóc nào trong 3 loại hình chăm sóc cho quý vị, chúng tôi buộc phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng trả phần chi phí của mình cho việc chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi sắp kết thúc bao trả chăm sóc của quý vị, **quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.** Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 8.1 Chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước khi việc bao trả của quý vị sẽ kết thúc

Thuật ngữ pháp lý

Thông báo Không bao trả của Medicare. Thông báo này cho quý vị biết cách có thể yêu cầu một **kháng nghị nhanh**. Yêu cầu kháng nghị nhanh là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bao trả của chúng tôi về thời điểm ngừng chăm sóc quý vị.

- 1. Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhất 2 ngày dương lịch trước khi chương trình của chúng tôi ngừng bao trả cho việc chăm sóc quý vị. Thông báo cho quý vị biết:
 - Ngày chúng tôi sẽ ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
 - Cách yêu cầu kháng nghị nhanh để yêu cầu chúng tôi duy trì bao trả cho việc chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.
- 2. Quý vị hoặc người thay mặt quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo để xác nhận quý vị đã nhận được văn bản.** Việc ký vào thông báo *chỉ* cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về việc khi nào việc bao trả chấm dứt. **Ký tên không có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định ngừng chăm sóc từ chương trình của chúng tôi.**

Phần 8.2 Cách tiến hành kháng nghị Cấp độ 1 để yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu muốn yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc chăm sóc của mình trong một thời gian dài hơn, quý vị cần sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu những gì quý vị cần làm và thời hạn thực hiện.

- **Tuân theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị có thắc mắc. Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp cá nhân hóa. Thông tin liên hệ của SHIP có trong Chương 2, Phần 3.

Trong kháng nghị Cấp độ 1, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Họ quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không. **Tổ chức Cải tiến Chất lượng** là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện chất lượng chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Việc này bao gồm việc xem xét các quyết định về kế hoạch về thời điểm ngừng chi trả một số loại chăm sóc y tế. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Tiến hành kháng nghị Cấp độ 1: liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng và yêu cầu một *kháng nghị nhanh*. Quý vị phải hành động nhanh chóng.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo Không bao trả* của Medicare) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải tiến Chất lượng cho tiểu bang của quý vị được nêu tại Chương 2

Hành động nhanh chóng:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng để bắt đầu kháng nghị **vào buổi trưa của ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông báo Không bao trả của Medicare*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn và quý vị muốn nộp đơn kháng nghị thì quý vị vẫn có quyền kháng nghị. Liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng bằng cách sử dụng thông tin liên hệ trên *Thông báo về Bảo hiểm Medicare*. Cũng có thể tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải tiến Chất lượng cho tiểu bang của quý vị được nêu tại Chương 2.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý:
Giải thích chi tiết về việc không bao trả. Thông báo cung cấp chi tiết về lý do chấm dứt bao trả.

Điều gì xảy ra trong quá trình xem xét này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải tiến Chất lượng (người duyệt xét) sẽ hỏi quý vị (hoặc đại diện của quý vị) vì sao quý vị tin rằng nên tiếp tục bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không phải chuẩn bị bất cứ thứ gì bằng văn bản, nhưng có thể làm như vậy nếu muốn.
- Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét các thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào cuối ngày, những người đánh giá sẽ thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị và quý vị cũng sẽ nhận được **Giải thích Chi tiết về việc Không Bao trả** của chúng tôi giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi họ có tất cả các thông tin cần thiết; những người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của mình.

Điều gì xảy ra nếu những người đánh giá đồng ý?

- Nếu những người đánh giá *đồng ý* với đơn kháng nghị của quý vị, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị trong thời gian các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (ví dụ như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có áp dụng những khoản này). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu những người đánh giá từ chối?

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu những người đánh giá *từ chối*, việc bao trả của quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, hoặc 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) *sau* ngày này khi việc bao trả của quý vị kết thúc, **quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc này bằng tiền của mình.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không đối với kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem mình có muốn thực hiện một kháng nghị khác hay không.

- Nếu người đánh giá *từ chối* đối Kháng nghị Cấp 1 của quý vị - và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi việc bao trả chăm sóc của quý vị đã kết thúc, quý vị có thể thực hiện kháng nghị Cấp độ 2.

Phần 8.3 Cách tiến hành kháng nghị Cấp độ 2 để yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Trong Kháng nghị Cấp độ 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải tiến Chất lượng xem xét lại quyết định đưa ra trong lần kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng *từ chối* kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, hoặc 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) *sau* ngày mà chúng tôi nói rằng việc bao trả cho quý vị sẽ kết thúc.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải tiến Chất lượng và yêu cầu họ xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày mà Tổ chức Cải tiến Chất lượng *từ chối* kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày mà bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét lại trường hợp của quý vị lần thứ hai.

- Những người đánh giá tại Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị, những người xem xét sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý?

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chia sẻ của chúng tôi về các chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi cho biết việc bao trả cho quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** cho việc chăm sóc miễn là cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và có thể có các giới hạn bảo hiểm được áp dụng.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đối với kháng nghị Cấp độ 1 của quý vị.
- Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quá trình xem xét. Nó sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách chuyển sang cấp độ kháng nghị tiếp theo, được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem mình có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có 3 cấp độ kháng nghị bổ sung sau Cấp độ 2 trong tổng cộng 5 cấp độ kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiến hành kháng nghị Cấp độ 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định kháng nghị Cấp độ 2 của quý vị.
- Kháng nghị Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 9 trình bày thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 9 Nộp đơn kháng nghị Cấp độ 3, 4, 5 và cao hơn

Phần 9.1 Yêu cầu đối với Kháng nghị Cấp độ 3, 4 và 5 cho Dịch vụ Y tế

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng nghị Cấp độ 1 và kháng nghị Cấp độ 2 và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị bằng đô la của vật dụng hoặc dịch vụ y tế mà quý vị kháng nghị đáp ứng các mức tối thiểu nhất định, quý vị có thể tiếp tục các mức kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị bằng đô la nhỏ hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được cho Kháng nghị Cấp độ 2 sẽ giải thích về cách yêu cầu Kháng nghị Cấp độ 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, 3 cấp kháng nghị cuối cùng hoạt động theo cùng một cách như 2 cấp độ đầu tiên. Đây là người xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi cấp độ này.

Kháng nghị Cấp 3

Thẩm phán hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và cung cấp câu trả lời.

- **Nếu Thẩm phán luật hành chính hoặc luật sư xét xử đồng ý với kháng nghị của quý vị thì quy trình kháng nghị có thể hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp độ 2, chúng tôi có quyền kháng nghị một quyết định Cấp độ 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị, vụ việc sẽ chuyển sang kháng nghị Cấp độ 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao của yêu cầu kháng nghị Cấp độ 4 cùng với bất kỳ tài liệu nào kèm theo. Chúng tôi có thể đợi quyết định kháng nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang có tranh chấp.
- **Nếu Thẩm phán luật hành chính hoặc luật sư xét xử từ chối kháng nghị của quý vị thì quy trình kháng nghị có thể hoặc không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho biết quý vị phải làm gì đối với kháng nghị Cấp độ 4.

Kháng nghị Cấp 4

Hội đồng Kháng nghị Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi để xem xét một quyết định kháng nghị Cấp 3 có lợi, thì quy trình kháng nghị có thể hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp độ 2, chúng tôi có quyền kháng nghị một quyết định Cấp độ 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có nên kháng nghị quyết định này lên Cấp độ 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, quy trình kháng nghị có thể hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu chúng tôi quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng từ chối kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục Kháng nghị Cấp độ 5 hay không và cách tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp độ 5.

Kháng nghị Cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Liên bang Khu vực Quận** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *bác bỏ* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn mức kháng nghị nào nữa sau Tòa án Liên bang Khu vực Quận.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 9.2 Yêu cầu đối với Kháng nghị Cấp độ 3, 4 và 5 đối với Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng nghị Cấp độ 1 và kháng nghị Cấp độ 2 và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị kháng nghị đáp ứng một mức tiền bằng đô la nhất định, quý vị có thể tiếp tục các cấp độ kháng nghị bổ sung. Nếu số tiền ít hơn, quý vị không thể kháng nghị thêm. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp độ 2 sẽ giải thích về người cần liên hệ và phải làm gì để yêu cầu Kháng nghị Cấp độ 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, 3 cấp kháng nghị cuối cùng hoạt động theo cùng một cách như 2 cấp độ đầu tiên. Đây là người xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi cấp độ này.

Kháng nghị Cấp 3

Thẩm phán hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và cung cấp câu trả lời.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc bao trả thuốc** đã được phê duyệt bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị nhanh) hoặc thanh toán không quá 30 ngày** dương lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng nghị có thể hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho biết quý vị phải làm gì đối với kháng nghị Cấp độ 4.

Kháng nghị Cấp 4

Hội đồng Kháng nghị Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc bao trả thuốc** mà Hội đồng đã phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị nhanh) hoặc thanh toán không quá 30 ngày** dương lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng nghị có thể hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng từ chối kháng nghị của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét lại kháng nghị thì thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Kháng nghị Cấp độ 5 hay không. Thông báo cũng sẽ cho quý vị biết phải liên hệ với ai và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng nghị.

Kháng nghị Cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Liên bang Khu vực Quận** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *bác bỏ* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn mức kháng nghị nào nữa sau Tòa án Liên bang Khu vực Quận.

Nộp Đơn khiếu nại

PHẦN 10 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác

Phần 10.1 Những loại vấn đề nào được xử lý bởi quy trình khiếu nại?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề. Các loại vấn đề này bao gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bởi quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng chăm sóc y tế	• Quý vị không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc nhận được (bao gồm cả chăm sóc trong bệnh viện)?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Có ai không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bí mật của quý vị không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Có người cư xử thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị? • Quý vị có không hài lòng với Dịch vụ Hội viên của chúng tôi? • Quý vị có cảm thấy mình được khuyến khích rời khỏi chương trình của chúng tôi?
Thời gian chờ đợi	• Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn, hoặc chờ đợi quá lâu để có được cuộc hẹn? • Quý vị có phải chờ các bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác quá lâu không? Hoặc bởi Dịch vụ Hội viên hoặc các nhân viên khác trong chương trình của chúng tôi? ◦ Ví dụ bao gồm phải chờ đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ, phòng khám hoặc khi nhận toa thuốc.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Khiếu nại	Ví dụ
Sự sạch sẽ	Quý vị không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của phòng khám, bệnh viện, hoặc văn phòng bác sĩ?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	- Chúng tôi đã không gửi một thông báo cần thiết cho quý vị? - Nội dung văn bản thông tin của chúng tôi khó hiểu?
Tính kịp thời Tất cả các loại khiếu nại này về <i>tính kịp thời</i> của các hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bao trả và kháng nghị)	Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả hoặc khiếu nại và quý vị cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị có thể khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Sau đây là một ví dụ: - Quý vị đã yêu cầu chúng tôi ra <i>quyết định bao trả nhanh</i> hoặc <i>kháng nghị nhanh</i> và chúng tôi đã từ chối, quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn về ra quyết định bao trả hoặc trả lời cho kháng nghị, quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bao trả hoặc bồi hoàn cho quý vị đối với một số thiết bị y tế hoặc dịch vụ hoặc thuốc đã được chấp thuận, quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi đã không đáp ứng thời hạn bắt buộc để chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập, quý vị có thể khiếu nại.

Phần 10.2 Cách thức khiếu nại

Thuật ngữ pháp lý
- Một khiếu nại còn được gọi là một than phiền. - Nộp đơn khiếu nại được gọi là nộp đơn than phiền. - Sử dụng quy trình khiếu nại được gọi là sử dụng quy trình nộp đơn than phiền. Khiếu nại nhanh được gọi là than phiền nhanh.

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay - qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) thường là bước đầu tiên. Nếu quý vị cần làm bất cứ điều gì khác, Dịch vụ Hội viên sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể viết đơn **khiếu nại** và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi đơn khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Chúng tôi sẽ giải quyết khiếu nại nhanh chóng theo đòi hỏi dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không trễ hơn 30 ngày dương lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Chúng tôi có thể gia hạn thêm tối đa 14 ngày nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc, nếu chúng tôi chứng minh có nhu cầu bổ sung thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị.

- Quý vị có thể nộp khiếu nại giải quyết nhanh cho một quyết định của chương trình không phản hồi nhanh quyết định bao trả hoặc kháng nghị, hoặc nếu chúng tôi gia hạn quyết định bao trả hoặc kháng nghị. Chúng tôi phải trả lời đơn khiếu nại nhanh của quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Thời hạn** để khiếu nại là 60 ngày dương lịch kể từ khi quý vị gặp phải vấn đề muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời ngay cho quý vị.** Nếu quý vị gọi điện để khiếu nại, chúng tôi có thể đưa ra câu trả lời cho quý vị trong cùng cuộc điện thoại đó.
- **Hầu hết các khiếu nại được trả lời trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày dương lịch (tổng số 44 ngày dương lịch) để trả lời khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về quyết định bao trả nhanh hoặc kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị khiếu nại nhanh.** Nếu quý vị có khiếu nại nhanh, có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ nêu lý do trong nội dung trả lời.

Phần 10.3 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng

Khi quý vị khiếu nại về *chất lượng chăm sóc*, quý vị có 2 tùy chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp lên Tổ chức Cải tiến Chất lượng.** Tổ chức Cải tiến Chất lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Quý vị có thể gửi khiếu nại đồng thời cho cả Tổ chức Cải tiến Chất lượng và chúng tôi.**

Phần 10.4 Quý vị cũng có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể gửi khiếu nại về Clever Care Total+ trực tiếp cho Medicare. Để gửi khiếu nại tới Medicare, hãy truy cập <https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint>. Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-877-486-2048.

CHƯƠNG 10:

Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong Clever Care Total+ có thể là **tự nguyện** (sự lựa chọn của bản thân quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của bản thân quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì quyết định rằng quý vị *muốn* rời đi. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị một cách tự nguyện.
- Cũng có một số trường hợp hạn chế mà chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa cho quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi Danh Mở

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên chương trình của chúng tôi trong **Giai đoạn Ghi Danh Mở** mỗi năm. Trong thời gian này, chúng tôi xem xét về sức khỏe của quý vị và việc bao trả thuốc và quyết định về việc bao trả cho năm sắp tới.

- **Giai đoạn Ghi Danh Mở** là từ ngày **15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**.
- **Chọn giữ lại bảo hiểm hiện tại của mình hoặc thực hiện các thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị cho năm sắp tới.** Nếu quyết định thay đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc,
 - Original Medicare có một chương trình thuốc riêng của Medicare, hoặc
 - Original Medicare không có một chương trình thuốc riêng của Medicare.

CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

- Nếu quý vị chọn lựa chọn này và nhận được Trợ giúp Bổ sung, Medicare có thể ghi danh cho quý vị một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare và không có tín dụng bảo hiểm thuốc theo toa trong 63 ngày liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt trong chương trình của chúng tôi** khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage

Quý vị có thể thực hiện *một* thay đổi bảo hiểm y tế của mình trong **Giai đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** mỗi năm.

- **Giai đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới được ghi danh vào chương trình MA, từ tháng được hưởng bảo hiểm Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được thụ hưởng.
- **Trong Giai đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một chương trình Medicare Advantage Plan khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
 - Rút tên khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc riêng biệt của Medicare tại thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về việc chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc của Medicare, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Phần 2.3 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Trong một số tình huống nhất định, các hội viên của Clever Care Total+ có thể đủ điều kiện để chấm dứt tư cách hội viên vào các thời điểm khác trong năm. Đây được gọi là **Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu quý vị thuộc một trong các trường hợp sau đây. Đây chỉ là những ví dụ. Để biết danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi cho Medicare hoặc truy cập www.Medicare.gov.

CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

- Thông thường, khi quý vị di chuyển
- Nếu quý vị có bảo hiểm Med-Cal
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng giữa chúng tôi với quý vị
- Nếu quý vị đang được chăm sóc trong một viện, ví dụ như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC)

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể thay đổi chương trình. Phần 9, Chương 5 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.

Các giai đoạn ghi danh thay đổi tùy thuộc vào tình hình của quý vị.

Để biết quý vị có đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không, xin gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị đủ điều kiện để chấm dứt tư cách hội viên của mình vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc,
- Original Medicare *có* một chương trình thuốc riêng của Medicare, hoặc
- Original Medicare *không có* một chương trình thuốc riêng của Medicare.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare và không có tín dụng bảo hiểm thuốc theo toa trong 63 ngày liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

- **Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của chúng tôi từ quý vị.
- **Nếu quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để thanh toán chi phí thuốc của mình:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không đăng ký vào một chương trình thuốc riêng của Medicare, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không ghi danh tự động.

Phần 2.4 Nhận thêm thông tin ở đâu về thời điểm có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình

Nếu có câu hỏi về việc chấm dứt tư cách hội viên, quý vị có thể:

- **Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).**
- Tìm thông tin trong tài liệu *Medicare & Quý vị 2026*.
- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 3 Cách quý vị chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi

Bảng dưới đây giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Sau đây là những việc cần làm:
Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác.	- Ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế Medicare mới. - Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Clever Care Total+ khi việc bao trả của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare có một chương trình thuốc riêng của Medicare.	- Ghi danh vào chương trình thuốc Medicare mới. - Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Clever Care Total+ khi việc bao trả của chương trình thuốc mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare không có một chương trình thuốc riêng của Medicare.	Gửi yêu cầu hủy ghi danh bằng văn bản. Gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị cần biết thêm thông tin về cách thực hiện việc này. - Quý vị cũng có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. - Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Clever Care Total+ khi việc bao trả của chương trình Original Medicare bắt đầu.

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị phải tiếp tục nhận các thiết bị y tế, dịch vụ và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc y tế, thiết bị y tế và thuốc theo toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi.

- Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.
- Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt hàng qua bưu điện nơi mua thuốc theo toa.

CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

- Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị kết thúc, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi chi trả cho đến khi quý vị xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).

PHẦN 5 Clever Care Total+ phải chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi trong những tình huống nhất định

Clever Care Total+ phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi nếu bất kỳ tình huống nào sau đây xảy ra:

- Nếu quý vị còn có cả Medicare Phần A và Phần B
- Nếu quý vị chuyển nhà khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi quá 6 tháng.
 - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc có một chuyến đi dài ngày, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711) để tìm hiểu xem nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch có nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hay không.
- Quý vị không đáp ứng các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện riêng chương trình của chúng tôi.
 - Quý vị phải được chẩn đoán mắc bệnh tim mạch, suy tim mạn tính hoặc tiểu đường. Ngoài ra, PCP của quý vị phải xác minh chẩn đoán với Chương trình.
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù)
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác có cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa mà quý vị có
- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị để người khác sử dụng thẻ hội viên của mình để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Chánh Thanh tra điều tra trường hợp của quý vị.

CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

- Nếu quý vị được yêu cầu trả số tiền phụ trội Phần D do thu nhập và quý vị không trả, Medicare sẽ rút tên quý vị khỏi chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ mất bảo hiểm thuốc.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711).

Phần 5.1 **Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe trừ khi quý vị không còn mắc căn bệnh để cần ghi danh tham gia Clever Care Total+**

Trong đa số trường hợp, Clever Care Total+ không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe. Thời điểm duy nhất chúng tôi được phép làm điều này là nếu quý vị không còn bệnh lý bắt buộc để ghi danh vào Clever Care Total+.

Quý vị nên làm gì nếu việc này xảy ra?

Nếu quý vị nhận thấy mình được yêu cầu rời khỏi 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 xin gọi số 1-877-486-2048.

Phần 5.2 **Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi**

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình, chúng tôi phải gửi văn bản thông báo cho quý vị biết lý do. Chúng tôi cũng phải trình bày cách quý vị có thể nộp đơn phản nàn hoặc khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

CHƯƠNG 11

Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

Luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này là Tiêu mục XVIII (Title XVIII) của Đạo luật An sinh Xã hội và các quy định thực hiện theo Đạo luật An sinh Xã hội của các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS). Ngoài ra, các luật khác của liên bang có thể được áp dụng và trong những trường hợp nhất định thì luật của tiểu bang quý vị đang sống cũng được áp dụng. Điều này có thể tác động đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi luật không được nêu hoặc diễn giải trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, yêu cầu kinh nghiệm, tiền sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp các Chương Trình Medicare Advantage, giống như chương trình của chúng tôi, phải tuân theo luật liên bang về chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu mục VI của Đạo luật Dân quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi năm 1973, Đạo luật Chống Phân biệt Tuổi tác năm 1975, Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ, Mục 1557 của Đạo luật Chăm sóc với Giá cả Phải chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ của liên bang, và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng cho bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có lo ngại về hành vi phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, hãy gọi cho **Văn phòng Dân quyền** của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-808-8163 (người dùng TTY xin gọi 711). Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như vấn đề với việc sử dụng xe lăn, Dịch vụ Hội viên có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền thế quyền của Bên trả tiền Thứ hai của Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải là người trả tiền chính. Theo các quy định của CMS tại 42 CFR mục 422.108 và 423.462, Clever Care Total+, với tư cách là một Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền thu hồi tương tự như Bộ trưởng thực hiện theo các quy định CMS ở các phần phụ B đến D

CHƯƠNG 11 Thông báo pháp lý

của phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế cho bất kỳ luật nào của tiểu bang.

PHẦN 4 Thu hồi tiền trả thừa

Chúng tôi có quyền thu hồi bất kỳ khoản thanh toán thừa nào mà chúng tôi thực hiện cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ ai nhận được khoản thanh toán thừa đó hoặc từ bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào có nghĩa vụ thanh toán cho các dịch vụ đó. Việc phục hồi có thể được thực hiện từ cá nhân, nhà cung cấp hoặc tổ chức nhận được khoản thanh toán thừa hoặc tổ chức chịu trách nhiệm pháp lý về việc thanh toán các dịch vụ đó. Tất cả các nỗ lực phục hồi sẽ được tiến hành theo luật hiện hành.

PHẦN 5 Báo cáo Hành vi Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng

Quý vị Có thể Giúp Ngăn chặn việc Gian lận trong Chăm sóc Sức khỏe.

Hiệp hội Chống gian lận trong Chăm sóc Sức khỏe Quốc gia ước tính rằng thiệt hại tài chính do gian lận trong chăm sóc sức khỏe là khoảng 100 triệu đô la mỗi ngày. Quý vị có thể giúp Clever Care Health Plan, Inc. HOẶC chúng tôi ngăn chặn, phát hiện và khắc phục gian lận về chăm sóc sức khỏe bằng cách báo cáo bất kỳ hoạt động đáng ngờ nào. Khi báo cáo một tình huống có thể là gian lận trong việc chăm sóc sức khỏe, quý vị đang làm phần việc của mình để giúp tiết kiệm tiền cho hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng Chăm sóc Sức khỏe là gì?

Gian lận xảy ra khi ai đó cố ý gửi yêu cầu thanh toán không đúng dẫn đến các khoản thanh toán không phù hợp.

Ví dụ: Thanh toán cho các dịch vụ không được thực hiện, làm sai lệch chẩn đoán của bệnh nhân để giải trình cho các thủ tục không cần thiết hoặc chấp nhận khoản tiền “lại quả” cho việc giới thiệu bệnh nhân.

Lãng phí là việc lạm dụng các dịch vụ hay hoạt động khác một cách trực tiếp hay gián tiếp mà dẫn đến các chi phí y tế không cần thiết. Hành vi này bao gồm việc sử dụng sai các nguồn lực thường không được coi là một hành động cầu thả về mặt hình sự.

Ví dụ: Đặt hàng các xét nghiệm chẩn đoán quá mức, lạm dụng việc thăm khám hoặc nhà thuốc gửi thuốc cho hội viên mà không kiểm tra việc họ còn cần thuốc hay không.

Lạm dụng là một hành động có thể dẫn đến chi phí y tế không cần thiết. Khi một người hoặc tổ chức vô tình hoặc cố ý xuyên tạc sự thật để nhận được khoản thanh toán, thì đây là hành vi lạm dụng.

Ví dụ: Tính phí vượt mức cho các dịch vụ hoặc tiếp liệu, cung cấp các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế, hoặc đến gặp các bác sĩ hoặc phòng cấp cứu khác nhau để lấy thuốc giảm đau.

Bảo vệ bản thân và các quyền lợi của quý vị

- Không bao giờ cung cấp số An sinh Xã hội, Medicare, hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thông tin ngân hàng của quý vị cho người nào mà quý vị không biết hoặc tin tưởng.
- Không đồng ý với bất kỳ xét nghiệm phòng thí nghiệm nào nếu không có chỉ định của bác sĩ

CHƯƠNG 11 Thông báo pháp lý

- Việc chấp nhận bất cứ thứ gì có giá trị để đổi lấy các dịch vụ y tế là bất hợp pháp.

Đề phòng gian lận trong xét nghiệm di truyền

Những kẻ lừa đảo tiếp cận người ghi danh không cảnh giác tại các hội chợ sức khỏe, các cơ sở nhà ở dành cho người cao tuổi và các địa điểm đáng tin cậy khác để thực hiện gian lận về xét nghiệm di truyền. Họ cam kết một cách gian dối rằng Medicare sẽ chi trả cho xét nghiệm và tất cả những gì quý vị cần làm là cung cấp một mẫu quẹt niêm mạc má, thông tin nhận dạng và thông tin Medicare để nhận được kết quả xét nghiệm của quý vị.

Nếu quý vị trở thành nạn nhân của một vụ lừa đảo liên quan đến xét nghiệm di truyền trái phép, những kẻ lừa đảo có thể có quyền truy cập vào thông tin cá nhân và di truyền của quý vị, thông tin này có thể được sử dụng để lập hóa đơn Medicare hàng ngàn đô la cho một dịch vụ mà quý vị chưa bao giờ nhận được.

Báo cáo về Khả năng Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng (FWA)

Clever Care cung cấp cho quý vị nhiều cách khác nhau để báo cáo các vấn đề FWA có khả năng xảy ra. Để biết thêm thông tin về cách báo cáo, hãy truy cập trang web của chúng tôi: clevercarehealthplan.com.

PHẦN 6 Thông báo về Manifest MedEx để giúp điều phối các Thông tin Sức khỏe Quan trọng

Clever Care Health Plan, Inc. đã hợp tác với Manifest MedEx (MX), một tổ chức phi lợi nhuận trao đổi thông tin y tế (HIE) để giúp các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phối hợp và chia sẻ các thông tin sức khỏe quan trọng khi điều trị cho hội viên của chúng tôi.

MX kết hợp thông tin từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau tại một nơi để các nhà cung cấp điều trị có thể nhanh chóng truy cập thông tin mà họ cần để đưa ra quyết định tốt hơn về dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Là một hội viên, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào chương trình. Tuy nhiên, quý vị có thể “chọn không tham gia” nếu không muốn cung cấp thông tin sức khỏe của mình cho các nhà cung cấp khác. Bằng cách chọn không tham gia MX, quý vị đang chọn không để nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể tiếp cận hồ sơ sức khỏe của mình thông qua hệ thống MX, bao gồm nhà cung cấp chăm sóc chính và người quản lý chăm sóc điều dưỡng của Clever Care. Chọn không tham gia MX với một nhà cung cấp có nghĩa là thông tin của quý vị sẽ không được chia sẻ với bất kỳ nhà cung cấp nào, ngay cả trong trường hợp cấp cứu.

Quý vị có ba cách để chọn không tham gia:

- Gọi cho bộ phận hỗ trợ của Manifest MedEx theo số điện thoại 1 (800) 490-7617
- Vào trực tuyến và hoàn thành mẫu trực tuyến của MX tại địa chỉ: <https://www.manifestmedex.org/opt-out>
- Hoàn thành và quét mẫu có sẵn tại: <https://www.manifestmedex.org/opt-out-2/>

CHƯƠNG 11 Thông báo pháp lý

Việc quý vị lựa chọn tham gia hay không (chọn không tham gia) sẽ không ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi hy vọng quý vị sẽ tham gia và hưởng những lợi ích của việc chăm sóc phối hợp nhiều hơn.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Trung tâm phẫu thuật cấp cứu – Một Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu là một tổ chức hoạt động chỉ nhằm mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho các bệnh nhân không cần phải nhập viện và những người dự kiến sẽ ở lại trung tâm không quá 24 giờ.

Kháng nghị – Kháng nghị là điều quý vị làm nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa hoặc thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Lập Hóa đơn Phụ trội – Khi nhà cung cấp (ví dụ như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho bệnh nhân nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí được phép của chương trình. Là một hội viên của Clever Care Total+, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận được các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp **tính phí phần chênh lệch** hoặc tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền mà chương trình của chúng tôi nói rằng quý vị phải trả.

Giai đoạn Quyền lợi – Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đều dùng để đo lường việc sử dụng các dịch vụ bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Giai đoạn thụ hưởng quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn thụ hưởng quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào tại bệnh viện (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn thụ hưởng quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán tiền khấu trừ bệnh viện nội trú cho mỗi giai đoạn thụ hưởng quyền lợi. Không giới hạn số lần hưởng quyền lợi.

Sản phẩm Sinh học – Một loại thuốc theo toa được sản xuất từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc tương tự sinh học. (đi tới “**Sản phẩm Sinh học Ban đầu**” và “**Thuốc tương tự sinh học**”).

Thuốc tương tự sinh học – Một sản phẩm sinh học rất giống nhau, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học ban đầu. Thuốc tương tự sinh học cũng an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học ban đầu. Một số thuốc tương tự sinh học có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới (vào mục “**Thuốc tương tự sinh học Có thể hoán đổi**”).

Thuốc biệt dược – Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty được đã nghiên cứu và phát triển thuốc ban đầu. Thuốc biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt chất với phiên bản gốc của thuốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế về thuốc biệt dược đã hết hạn.

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương – Là giai đoạn trong Quyền lợi Thuốc Phần D, giai đoạn này bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác đại diện cho quý vị) đã trả \$2,100 cho các loại thuốc Phần D được bao trả của mình trong năm bảo hiểm. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả tiền cho các thuốc Phần D được bao trả của mình và đối với các loại thuốc bị loại trừ được bao trả theo quyền lợi nâng cao của chúng tôi.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan liên bang quản lý Medicare.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Chăm sóc Mạn tính (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – C-SNP là các SNP hạn chế việc ghi danh cho những người đủ điều kiện MA mắc các bệnh nặng và mạn tính cụ thể.

Đồng bảo hiểm - Một số tiền mà quý vị có thể phải trả, được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm (ví dụ: 20%) là phần chia sẻ của quý vị về chi phí cho các dịch vụ hoặc thuốc theo toa, sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản tiền khấu trừ nào.

Khiếu nại – Tên chính thức của nộp đơn khiếu nại là **nộp đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề. Các loại vấn đề này bao gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Nó cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của chúng tôi không tuân theo các khoảng thời gian trong quy trình kháng nghị.

Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc thương tích, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu nghề nghiệp và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-lời nói, và dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đồng thanh toán (hoặc tiền đồng trả) – Một số tiền quý vị có thể phải trả như là phần chia sẻ chi phí cho một dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế, như thăm khám với bác sĩ, thăm khám tại bệnh viện ngoại trú hoặc thuốc theo toa. Đồng thanh toán là số tiền cố định (ví dụ \$10), không phải tỉ lệ phần trăm.

Chia sẻ Chi phí – Chia sẻ phí tổn là số tiền mà một hội viên phải trả khi nhận dịch vụ hoặc thuốc. (Khoản này ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.) Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của 3 loại thanh toán sau đây: 1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp đặt trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả; 2) bất kỳ đồng thanh toán cố định nào mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc 3) bất kỳ tiền đồng bảo hiểm nào, một tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Bậc Chia sẻ Chi phí – Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc Được Bao Trả đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí mua thuốc của quý vị càng cao.

Quyết định Bao trả – Một quyết định về việc một loại thuốc được kê toa cho quý vị có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không và số tiền, nếu có, quý vị phải trả cho thuốc theo toa. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc đến nhà thuốc và nhà thuốc cho quý vị biết thuốc kê toa đó không được chương trình của chúng tôi bao trả, đó không phải là quyết định bao trả. Quý vị cần gọi điện hoặc viết thư cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu quyết định chính thức về bao trả. Các quyết định về bao trả được gọi là **quyết định bao trả** trong tài liệu này.

Thuốc được Bao trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch vụ được Bao trả – Thuật ngữ mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ và tiếp liệu chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo hiểm Thuốc theo toa Tiêu chuẩn – Bảo hiểm thuốc theo toa (ví dụ: từ công ty hoặc công đoàn) dự kiến sẽ trả, ở mức trung bình, ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

chuẩn của Medicare. Những người có loại bao trả này khi họ đủ điều kiện tham gia Medicare thường có thể giữ bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc theo toa Medicare sau đó.

Chăm sóc Giám hộ – Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp trong nhà dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng lành nghề. Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân có thể được cung cấp bởi những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc không được đào tạo, bao gồm trợ giúp trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, thay quần áo, ăn uống, lên xuống giường hoặc ghế, đi lại xung quanh và sử dụng nhà vệ sinh. Nó cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm, như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không trả tiền cho việc chăm sóc giám hộ.

Mức chia sẻ chi phí theo ngày – Mức chia sẻ chi phí theo ngày có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho quý vị và quý vị phải trả một khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí theo ngày là đồng thanh toán chia cho số ngày cấp thuốc của một tháng. Ví dụ: Nếu đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng là \$30, và lượng thuốc đủ dùng trong một tháng trong chương trình của chúng tôi là 30 ngày, thì mức chia sẻ chi phí theo ngày của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Tiền khấu trừ – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chương trình thanh toán.

Hủy ghi danh hoặc Rút tên – Quá trình kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí cấp phát – Một khoản phí được tính mỗi lần cấp phát một loại thuốc được bao trả để thanh toán chi phí mua thuốc theo toa, ví dụ như thời gian của dược sĩ để soạn và gói thuốc theo toa.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – D-SNP ghi danh những cá nhân được hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và hỗ trợ y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang chỉ trả một số chi phí Medicare, tùy thuộc vào khả năng hội đủ điều kiện của tiểu bang và cá nhân.

Cá nhân Đủ điều kiện Kép – Một người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết bị y tế lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế được bác sĩ yêu cầu vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm có nguồn điện, dụng cụ cho bệnh nhân tiểu đường, máy bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun sương hoặc giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà.

Cấp cứu – Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để không bị mất mạng (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai thì bị hỏng thai), mất chân tay hoặc mất chức năng của một chi, hoặc mất hay hỏng một chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc một tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn.

Chăm sóc Cấp cứu – Các dịch vụ được bao trả: 1) cung cấp bởi nhà cung cấp đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế cấp cứu.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và Thông tin Tiết lộ – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào, điều khoản riêng hoặc bảo hiểm tùy chọn khác được chọn, giải thích về khoản bao trả của quý vị, nhiệm vụ của chúng tôi, các quyền và nghĩa vụ của quý vị khi là hội viên chương trình của chúng tôi.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bao trả mà, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị mua một loại thuốc không có trong danh mục của nhà tài trợ chương trình của quý vị (một ngoại lệ của danh mục), hoặc nhận một loại thuốc không ưu tiên với mức chia sẻ chi phí thấp hơn (một ngoại lệ về bậc). Quý vị cũng có thể đề nghị một ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc quý vị yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có cho phép trước cho một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế về tiêu chí hoặc chương trình giới hạn số lượng hay liều lượng của loại thuốc quý vị đề nghị (một ngoại lệ của danh mục thuốc).

Trợ giúp Bổ sung - Một chương trình Medicare để giúp những người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế thanh toán các chi phí của chương trình thuốc theo toa của Medicare, ví dụ như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Thuốc gốc – Thuốc theo toa được FDA phê duyệt có cùng (các) thành phần hoạt chất như thuốc biệt dược. Nói chung, thuốc gốc có hiệu quả giống như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn.

Than phiền – Một loại khiếu nại quý vị đưa ra về chương trình của chúng tôi, các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc. Loại khiếu nại này không liên quan đến vấn đề bao trả hoặc tranh chấp về thanh toán.

Trợ lý Chăm sóc Sức khỏe Tại gia – Một trợ lý chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, như trợ giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập theo yêu cầu của bác sĩ).

Chăm sóc cuối đời – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho một hội viên đã được chứng nhận về mặt y tế là bị bệnh nan y, nghĩa là chỉ còn sống được từ 6 tháng trở xuống. Chương trình của chúng tôi phải cung cấp một danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, quý vị vẫn là hội viên của chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm viện Nội trú – Nằm viện khi quý vị đã chính thức nhập viện để được hưởng các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi theo báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phụ phí được cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả phí bảo hiểm cao hơn.

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí xuất túi của quý vị trong năm đạt đến ngưỡng tiền xuất túi.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu – Khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện nhận Medicare, khoảng thời gian quý vị có thể ghi danh Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Medicare khi bước sang tuổi 65, Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị là khoảng thời gian 7 tháng, bắt đầu từ 3 tháng trước tháng quý vị đủ 65 tuổi, bao gồm cả tháng quý vị tròn 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị tròn 65 tuổi.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cho Hội viên sống trong Cơ sở y tế hợp đồng (Institutional Special Needs Plan, I-SNP) – I-SNP hạn chế việc ghi danh đối với những người đủ điều kiện tham gia MA sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà cơ sở cung cấp, hoặc những người sống (hoặc dự kiến sẽ sống) trong ít nhất 90 ngày liên tiếp tại một số cơ sở lâu dài nhất định. I-SNP bao gồm các loại chương trình sau: SNP cho Hội viên sống trong điều kiện tương đương Cơ sở y tế hợp đồng (Institutional-equivalent SNP, IE-SNP) SNP cho Hội viên sống trong Cơ sở y tế hợp đồng Kết hợp (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP), SNP cho Hội viên sống trong Cơ sở y tế hợp đồng thuộc Cơ sở (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cho Hội viên sống trong điều kiện tương đương Cơ sở y tế hợp đồng (IE-SNP) – IE-SNP hạn chế việc ghi danh đối với những người đủ điều kiện MA sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà cơ sở cung cấp.

Chất tương tự sinh học có thể Hoán đổi – Chất tương tự sinh học có thể được sử dụng thay thế cho sản phẩm tương tự sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì nó đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc hoặc Danh Sách Thuốc) – Danh sách các loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Trợ cấp Thu nhập Thấp (LIS) – Đi tới mục Trợ giúp Bổ sung.

Chương trình Giảm giá cho Nhà sản xuất – Một chương trình theo đó các nhà sản xuất thuốc trả một phần toàn bộ chi phí của chương trình chúng tôi cho các loại biệt dược và dược phẩm sinh học Phần D được bao trả. Giảm giá dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ liên bang và các nhà sản xuất thuốc cụ thể.

Giá Hợp lý Tối đa – Giá Medicare thương lượng cho một loại thuốc đã chọn.

Số tiền Xuất túi Tối đa - Số tiền cao nhất mà quý vị phải tự trả trong năm dương lịch cho các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới Các dịch vụ Phần A và Phần B. Số tiền quý vị thanh toán cho phí bảo hiểm chương trình của chúng tôi, phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và cho thuốc theo toa không được tính vào khoản xuất túi tối đa của quý vị. Ngoài số tiền xuất túi tối đa được bao trả trong mạng lưới Các dịch vụ y tế Phần A và Phần B, chúng tôi cũng có số tiền xuất túi tối đa cho một số loại dịch vụ nhất định.

Medicaid (hoặc Medical Assistance) - Một chương trình chung của chính phủ liên bang và tiểu bang nhằm trợ giúp chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang có sự khác biệt, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid.

Chỉ định được Chấp nhận về mặt Y tế – Việc sử dụng một loại thuốc được FDA phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tiêu chí tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin về Thuốc trong Danh Mục Thuốc Dịch vụ Bệnh viện Hoa Kỳ và hệ thống Thông tin Micromedex DRUGDEX.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Cần thiết về mặt y tế – Các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về hành nghề y tế.

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 người bị suy thận vĩnh viễn cần phải lọc máu hoặc ghép thận).

Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage – Thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3 khi các hội viên trong Chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh trong chương trình của mình và chuyển sang Chương trình Medicare Advantage khác hoặc nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa riêng biệt của Medicare tại thời điểm đó. Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage cũng có sẵn trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một người đủ điều kiện nhận Medicare lần đầu.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Phần C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B. Chương Trình Medicare Advantage có thể là i) một chương trình HMO, ii) PPO, iii) một chương trình Trả phí cho Dịch vụ Tư nhân (Private Fee-for-Service, PFFS), hoặc iv) một chương trình Truong mục Tiết kiệm Y tế Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Bên cạnh việc lựa chọn trong số các loại chương trình này, Chương Trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, Chương Trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các kế chương trình này được gọi là **Các Chương Trình Medicare Advantage với Bảo hiểm Thuốc theo toa**.

Chương trình Chi phí Medicare – Chương trình Chi phí Medicare là chương trình do Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) hoặc Chương trình Y tế Cạnh tranh (CMP) điều hành theo hợp đồng được hoàn trả chi phí theo mục 1876(h) của Đạo luật.

Dịch vụ được Medicare bao trả – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B. Điều khoản Dịch vụ được Medicare bao trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, ví dụ như thị lực, nha khoa hoặc thính lực, mà Chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương trình Bảo hiểm Y tế Medicare – Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, Chương trình Medicare Cost, các Chương trình Thẻ nghiệm/Thí điểm và các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Bảo hiểm Thuốc theo Toa của Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm giúp thanh toán thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc xin, sinh phẩm và một số tiếp liệu không được Medicare Phần A hoặc Phần B bao trả.

Chương trình Quản lý Trị liệu Bằng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM) – Chương trình Medicare Phần D cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp được cung cấp cho những người đáp ứng một số yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương trình Quản lý Thuốc. Các

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

dịch vụ MTM thường bao gồm thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc.

Chính sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare do các công ty bảo hiểm tư nhân bán để bảo hiểm cho các khoảng thời gian không được bao trả trong Original Medicare. Chính sách Medigap chỉ kết hợp với Original Medicare. (Chương Trình Medicare Advantage không phải là chính sách Medigap.)

Hội viên (Hội viên trong Chương trình của chúng tôi, hoặc Hội viên trong Chương trình) – Người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, người đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) xác nhận.

Dịch vụ Hội viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng nghị của quý vị.

Nhà thuốc trong Mạng lưới – Nhà thuốc có hợp đồng với chương trình của chúng tôi nơi các hội viên trong chương trình của chúng tôi có thể nhận được quyền lợi thuốc theo toa của mình. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bao trả nếu được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong Mạng lưới – **Nhà cung cấp** là thuật ngữ chung sử dụng cho các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được cấp phép hoặc chứng nhận bởi Medicare và bởi Tiểu bang để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với chương trình của chúng tôi về việc chấp nhận thanh toán của chúng tôi dưới dạng thanh toán đầy đủ và trong một số trường hợp để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. **NHÀ cung cấp trong mạng lưới** còn được gọi là **nhà cung cấp của chương trình**.

Giai đoạn Ghi danh Hàng năm – Thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm khi các hội viên có thể thay đổi chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của mình hoặc chuyển sang Original Medicare.

Quyết định của Tổ chức – Một quyết định của chương trình của chúng tôi về việc các vật tư hoặc dịch vụ có được bao trả hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các vật tư hoặc dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức được gọi là quyết định bao trả trong tài liệu này.

Sản phẩm Sinh học Ban đầu – Một sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và đóng vai trò là mốc so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản tương tự sinh học. Đây còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Fee-for-Service Medicare) – Original Medicare được cung cấp bởi chính phủ, và không phải là một bảo hiểm y tế tư nhân như Chương trình Medicare Advantage và các chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được bao trả bằng số tiền thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác do Quốc hội thiết lập. Quý vị có thể thăm khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải thanh toán tiền khấu trừ. Medicare thanh toán phần của mình trong số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị thanh toán phần của mình. Original Medicare có 2 phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có sẵn ở khắp mọi nơi trên Hoa Kỳ.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Nhà thuốc ngoài mạng lưới – Nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các loại thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới sẽ không được chương trình của chúng tôi chi trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài mạng lưới – Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành bởi chương trình của chúng tôi.

Chi phí Xuất túi – Đi tới định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của một hội viên để thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được cũng được gọi là yêu cầu chi phí xuất túi của hội viên.

Ngưỡng Tiền xuất túi – Số tiền tối đa quý vị phải trả cho thuốc Phần D.

Chương trình PACE – Một chương trình PACE (Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ y tế, xã hội và chăm sóc dài hạn (LTSS) cho người già yếu để giúp mọi người độc lập và sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển đến viện dưỡng lão) càng lâu càng tốt. Những người ghi danh vào chương trình PACE nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid của mình thông qua chương trình của chúng tôi.

Phần C – xem Chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương trình quyền lợi thuốc theo toa tự nguyện của Medicare.

Thuốc Phần D – Các loại thuốc có thể được bao trả theo Phần D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số mục thuốc cụ thể đã bị loại trừ khỏi danh mục thuốc được bao trả theo Phần D bởi Quốc hội. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được bao trả bởi mọi chương trình.

Phạt Ghi danh trễ Phần D – Một số tiền được cộng thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị đối với bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có tín dụng bảo hiểm (bảo hiểm dự kiến sẽ trả, trung bình, ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc theo toa Medicare tiêu chuẩn) trong khoảng thời gian liên tục 63 ngày trở lên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Phần D lần đầu tiên.

Phí bảo hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, công ty bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe cho việc bao trả dịch vụ y tế hoặc thuốc theo toa.

Dịch vụ phòng ngừa – Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh tật ở giai đoạn đầu, khi điều trị có khả năng hiệu quả nhất (ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, chích ngừa cúm và chụp quang tuyến vú sàng lọc).

Chăm sóc Chính Bác sĩ (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị thăm khám đầu tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải thăm khám với nhà cung cấp chăm sóc chính của mình trước khi thăm khám với bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Cho phép trước – Phê duyệt trước để nhận dịch vụ và/hoặc một số loại thuốc dựa trên các tiêu chí cụ thể. Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước có trong Biểu Quyền lợi Y tế ở

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Chương 4. Các loại thuốc được bao trả cần cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và các tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang web của chúng tôi.

Bộ phận Giả và Chỉnh hình – Các thiết bị y tế bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp cánh tay, lưng và cổ; chi nhân tạo; mắt nhân tạo; và các dụng cụ cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm tiếp liệu y tế cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare.

Giới hạn số lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể dựa trên số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi đơn thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

“Công cụ Quyền lợi theo Thời gian thực” – Một công cụ thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và công thức thuốc đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, dành riêng cho người ghi danh. Các thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho tình trạng sức khỏe giống như một loại thuốc nhất định và các giới hạn bao trả (Cho phép trước, Trị liệu từng bước, Giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Giấy giới thiệu - Một văn bản yêu cầu từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để quý vị đến khám bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận một số dịch vụ y tế nhất định. Nếu không có giấy giới thiệu, chương trình của chúng tôi có thể hoặc không thể thanh toán cho các dịch vụ từ một bác sĩ chuyên khoa.

Dịch vụ phục hồi chức năng – Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), liệu pháp âm ngữ và ngôn ngữ và liệu pháp vận động.

Thuốc được Chọn – Một loại thuốc được bao trả theo Phần D mà Medicare đã thương lượng Giá Hợp lý Tối đa.

Khu vực Dịch vụ – Một khu vực địa lý mà phải sống ở đó mới được phép tham gia một chương trình bảo hiểm y tế cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đó thường cũng là khu vực mà quý vị có thể nhận được các dịch vụ thông thường (không khẩn cấp). Chương trình của chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị vĩnh viễn chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi.

Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) – Các dịch vụ chăm sóc và phục hồi chức năng của điều dưỡng có tay nghề được cung cấp liên tục và hàng ngày, trong một cơ sở điều dưỡng lành nghề. Ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch mà chỉ y tá hoặc bác sĩ được cấp chứng chỉ mới có thể thực hiện.

Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt – Một khoảng thời gian ấn định khi các hội viên có thể thay đổi các chương trình sức khỏe hoặc thuốc của mình hoặc quay trở lại Original Medicare. Các trường hợp trong đó quý vị có thể đủ điều kiện cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt bao gồm: quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ, quý vị đang nhận được Trợ giúp Bổ sung cho chi phí thuốc theo toa của quý vị, quý vị chuyển đến nhà điều dưỡng hoặc chúng tôi vi phạm hợp đồng giữa chúng tôi với quý vị.

CHƯƠNG 12 Định nghĩa

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt – Một loại đặc biệt của Chương trình Medicare Advantage cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho những nhóm người cụ thể, ví dụ như những người có cả Medicare và Medicaid, những người đang sống trong một viện dưỡng lão hoặc những người mắc một số bệnh mạn tính.

Chia sẻ Chi phí Tiêu chuẩn – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là loại chia sẻ chi phí khác với chia sẻ chi phí ưu tiên được cung cấp tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

Liệu pháp từng bước – Một công cụ sử dụng yêu cầu quý vị thử trước một loại thuốc khác để điều trị tình trạng bệnh của mình trước khi chúng tôi chi trả cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) - Một khoản trợ cấp hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, những người bị tàn tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp – Một dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, hoặc việc quý vị tìm kiếm dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. Các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có.

Clever Care Total+ Dịch vụ Hội viên

Phương thức	Dịch Vụ Hội Viên – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-833-808-8163 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu Dịch vụ Hội viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi tới số điện thoại này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: bảy ngày một tuần; từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: từ Thứ Hai đến Thứ Sáu
FAX	1-657-276-4720
VIẾT THƯ	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
WEBSITE	vi.clevercarehealthplan.com

Chương trình Tư Vấn & Bảo Vệ Người Tham Gia Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính phủ Liên Bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế địa phương cho những người có Medicare.

Phương thức	Thông tin liên lạc
GỌI ĐIỆN	1-800-434-0022
VIẾT THƯ	Phòng Dịch Vụ Người Cao Tuổi California (California Department of Aging) 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
WEBSITE	aging.ca.gov/hicap

Tuyên bố Khai trình theo PRA Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai phải tuân theo việc thu thập thông tin, trừ khi công việc đó số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Quy Định về Không Phân Biệt Đối Xử và Khả Năng Tiếp Cận

Phân Biệt Đối Xử là Vi Phạm Pháp Luật

Clever Care Health Plan Inc. (sau đây được gọi là Clever Care), tuân thủ luật dân quyền Liên Bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính. Clever Care không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác nhau vì chủng tộc, màu da, quốc gia, nguồn gốc, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm cả việc mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới).

Clever Care:

- Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
 - Thông tin văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, băng âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập được, các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên có trình độ
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng gọi số (833) 808-8163 (TTY: 711).

Nếu quý vị tin rằng Clever Care đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử theo một cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm cả việc mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới), quý vị có thể gửi đơn khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi:

Clever Care Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

E-mail: civilrightscordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc nộp đơn khiếu nại, Điều Phối Viên Dân Quyền của Clever Care luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể lập hồ sơ khiếu nại về quyền công dân với Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ trực tuyến tại Cổng Thông Tin Khiếu Nại Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua thư hay qua điện thoại tới: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԿՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Հանձնարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់អ្នក ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਨਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

