



Thông Báo Thay Đổi Thường Niên



HMSA Akamai Advantage
Dual Care (PPO D-SNP)

2025

.....
Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage X

hmsa 
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

H3832_1140_8700_1063906_AA_Dual_Care_25_M

HMSA Akamai Advantage Dual Care (PPO SNP) do Hawai'i Medical Service Association (HMSA) cung cấp

Thông Báo Thay Đổi Thường Niên cho năm 2025

Quý vị hiện đã ghi danh làm hội viên của *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. Năm tới, sẽ có những thay đổi về chi phí và quyền lợi của chương trình. ***Vui lòng xem trang 5 để biết Bản tóm tắt các Chi phí Quan trọng, bao gồm Phí bảo hiểm.***

Tài liệu này cho biết những thay đổi trong chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các chi phí, quyền lợi hoặc quy định, vui lòng xem *Chứng từ Bảo hiểm*, có trên trang web của chúng tôi tại www.hmsa.com/advantage. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Chứng từ Bảo hiểm* qua đường bưu điện.

Việc cần làm bây giờ

1. HỎI: Những thay đổi nào áp dụng cho quý vị

- ☐ Kiểm tra xem những thay đổi về quyền lợi và chi phí của chúng tôi có ảnh hưởng đến quý vị hay không.
 - Xem xét những thay đổi về chi phí chăm sóc y tế (bác sĩ, bệnh viện).
 - Xem xét các thay đổi đối với khoản đài thọ thuốc của chúng tôi, bao gồm các hạn chế bao trả và chia sẻ chi phí.
 - Hãy tính toán xem quý vị sẽ chi bao nhiêu cho phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và khoản chia sẻ chi phí.
 - Kiểm tra những thay đổi trong “Danh Sách Thuốc” năm 2025 để đảm bảo các loại thuốc quý vị hiện đang dùng vẫn được bao trả.
 - So sánh thông tin chương trình năm 2024 và 2025 để xem liệu có bất kỳ loại thuốc nào trong số này đang chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay sẽ phải tuân theo các hạn chế khác nhau, chẳng hạn như cho phép trước, liều pháp từng bước hoặc giới hạn số lượng, cho năm 2025 hay không.
- ☐ Kiểm tra xem liệu bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện và nhà cung cấp khác của quý vị, bao gồm cả nhà thuốc, có tham gia mạng lưới của chúng tôi vào năm tới hay không.
- ☐ Kiểm tra xem quý vị có thể đủ điều kiện để được trợ giúp chi trả thuốc theo toa hay không. Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện được nhận “Trợ giúp Bổ sung” (Extra Help).
- ☐ Hãy suy nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.

2. SO SÁNH: Tìm hiểu về các lựa chọn chương trình bảo hiểm khác

- ☐ Kiểm tra phạm vi bảo hiểm và chi phí của các chương trình bảo hiểm trong khu vực của quý vị. Sử dụng Công cụ tìm kiếm Chương trình Medicare tại trang web www.medicare.gov/plan-compare hoặc xem lại danh sách ở mặt sau sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2025* của quý vị. Để được hỗ trợ thêm, hãy liên hệ với Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) của quý vị để nói chuyện với một cố vấn được đào tạo.
- ☐ Sau khi thu hẹp lựa chọn của mình về một chương trình ưu tiên, hãy xác nhận chi phí và phạm vi bảo hiểm của quý vị trên trang web của chương trình bảo hiểm đó.

3. **CHỌN:** Quyết định xem quý vị có muốn thay đổi chương trình bảo hiểm của mình không

- Nếu không tham gia một chương trình bảo hiểm khác trước ngày 7 tháng 12 năm 2024, quý vị sẽ tiếp tục tham gia *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.
- Để đổi sang **chương trình bảo hiểm khác**, quý vị có thể chuyển chương trình trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu từ **ngày 1 tháng 1 năm 2025**. Điều này sẽ kết thúc việc ghi danh tham gia *HMSA Akamai Advantage Dual Care* của quý vị.
- Hãy xem phần 3.2 để tìm hiểu thêm về các lựa chọn của quý vị.
- Nếu gần đây quý vị đã chuyển vào, hiện đang sống trong một cơ sở (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt) bất cứ lúc nào. Nếu gần đây quý vị chuyển ra khỏi một cơ sở, quý vị có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong vòng hai tháng sau tháng quý vị chuyển ra khỏi cơ sở đó.

Tài nguyên khác

- Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Ilocano, tiếng Việt, tiếng Trung và tiếng Hàn.
- Vui lòng liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng của chúng tôi theo số (808) 9486000. Tùy chọn 6 ở Oahu hoặc số điện thoại miễn cước từ các Đảo Lân cận và lục địa Hoa Kỳ theo số 18006604672 để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY xin gọi số 711). Giờ làm việc: 7:45 sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này được miễn phí.
- Bộ phận Quan hệ Khách hàng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh (số điện thoại có trong Phần 7.1 của sổ tay này).
- Thông tin này có ở định dạng bản in cỡ chữ lớn. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị cần thông tin chương trình bằng định dạng khác.
- **Khoản bao trả theo chương trình này hội đủ điều kiện là Khoản Bao trả Y tế Đủ Điều kiện (Qualifying Health Coverage, QHC)** và đáp ứng yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân của Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (Affordable Care Act, ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Giới thiệu về *HMSA Akamai Advantage Dual Care*

- HMSA Akamai Advantage® Dual Care là một chương trình PPO D-SNP có hợp đồng Medicare và là một tiểu bang của Chương trình Chăm sóc có Quản lý Medicaid Hawaii. Ghi danh tham gia HMSA Akamai Advantage phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
 - Khi sổ tay này đề cập tới “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” thì có nghĩa là đang nhắc tới Hiệp hội Dịch vụ Y tế Hawaii (Hawai‘i Medical Service Association, HMSA). Khi đề cập tới “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” thì có nghĩa là đang nhắc tới *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.
-

Thông Báo Thay Đổi Thường Niên cho năm 2025

Mục lục

PHẦN 1	Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Năm tới.....	8
Phần 1.1 – Thay đổi đối với Phí Bảo hiểm		8
Phần 1.2 – Thay đổi đối với Số tiền Xuất túi Tối đa.....		9
Phần 1.3 – Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà cung cấp và Nhà thuốc		9
Phần 1.4 – Thay đổi đối với Quyền lợi và Chi phí cho Dịch vụ Y tế		10
Phần 1.5 – Thay đổi đối với Bảo hiểm Thuốc theo toa Phần D của quý vị.....		35
PHẦN 2	Thay đổi Hành chính	38
PHẦN 3	Quyết định Lựa chọn Chương trình nào.....	39
Phần 3.1 – Nếu quý vị tiếp tục tham gia <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i>		39
Phần 3.2 – Nếu muốn thay đổi chương trình		39
PHẦN 4	Thời hạn Thay đổi Chương trình	40
PHẦN 5	Các chương trình cung cấp tư vấn miễn phí về Medicare và Medicaid.....	40
PHẦN 6	Các chương trình có trợ giúp chi trả thuốc theo toa.....	41
PHẦN 7	Quý vị có câu hỏi?	41
Phần 7.1 – Nhận trợ giúp từ <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i>		41
Phần 7.2 – Nhận trợ giúp từ Medicare		42
Phần 7.3 – Nhận trợ giúp từ QUEST (Medicaid).....		42

Bản tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2025

Bảng dưới đây so sánh chi phí năm 2024 và chi phí năm 2025 cho *HMSA Akamai Advantage Dual Care* ở một số lĩnh vực quan trọng. **Xin lưu ý đây chỉ là bản tóm tắt các chi phí.** Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị phải trả \$0 cho khoản khấu trừ, thăm khám tại văn phòng bác sĩ và nằm viện nội trú.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng* *Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn hoặc thấp hơn số tiền này. Xem Phần 1.1 để biết chi tiết.	Là hội viên trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi, quý vị phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trừ khi quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của mình. Quý vị không phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (phí bảo hiểm chương trình thuốc theo toa) nếu đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Những người có Medicare và QUEST (Medicaid) tự động đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Với năm 2024, phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình của chúng tôi là \$40.80.	Là hội viên trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi, quý vị phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trừ khi quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của mình. Quý vị không phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (phí bảo hiểm chương trình thuốc theo toa) nếu đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Những người có Medicare và QUEST (Medicaid) tự động đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Với năm 2025, phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình của chúng tôi là \$47.70.
Tiền khấu trừ	\$240 ngoại trừ cho insulin được cung cấp thông qua một hạng mục thiết bị y tế sử dụng lâu dài. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ chỉ trả \$0.	\$240 ngoại trừ cho insulin được cung cấp thông qua một hạng mục thiết bị y tế sử dụng lâu dài. Số tiền này có thể thay đổi với năm 2025. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ chỉ trả \$0.
Thăm khám tại phòng khám của bác sĩ	Thăm khám chăm sóc chính: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi lần thăm khám Thăm khám bác sĩ chuyên khoa: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi lần thăm khám Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ chỉ trả \$0 mỗi lần thăm khám.	Thăm khám chăm sóc chính: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi lần thăm khám Thăm khám bác sĩ chuyên khoa: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi lần thăm khám Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ chỉ trả \$0 mỗi lần thăm khám.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Nằm viện nội trú	Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: Ngày 1 đến ngày 90: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ chi trả \$0.	Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: Ngày 1 đến ngày 90: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ chi trả \$0.
Bao trả thuốc theo toa Phần D (Xem Phần 1.5 để biết chi tiết.) Do hầu hết các hội viên của chúng tôi đều nhận được “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của họ nên Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho hầu hết các hội viên.	Tiền khấu trừ: \$545 ngoại trừ các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Tiền đồng thanh toán/Tiền đồng bảo hiểm trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Đối với những hội viên <u>đủ</u> điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”, quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho thuốc theo toa được bao trả của mình: - Thuốc gốc/Uu tiên Đa nguồn gốc: \$0 - Các loại thuốc khác: \$0 Đối với những hội viên <u>không</u> đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”, quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho thuốc theo toa được bao trả của mình: 25% chi phí - Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bao trả. Bao trả Tai ương: - Trong giai đoạn chi trả này, chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Quý vị không cần chi trả gì.	Tiền khấu trừ: \$590 ngoại trừ các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Tiền đồng thanh toán/Tiền đồng bảo hiểm trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Đối với những hội viên <u>đủ</u> điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”, quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho thuốc theo toa được bao trả của mình: - Thuốc gốc/Uu tiên Đa nguồn gốc: \$0 - Các loại thuốc khác: \$0 Đối với những hội viên <u>không</u> đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”, quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho thuốc theo toa được bao trả của mình: 25% chi phí - Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bao trả. Bao trả Tai ương: - Trong giai đoạn chi trả này, chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Quý vị không cần chi trả gì.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Số tiền xuất túi tối đa Đây là số tiền xuất túi <u>tối đa</u> mà quý vị sẽ trả cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả của mình. (Xem Phần 1.2 để biết chi tiết.)	Từ nhà cung cấp trong mạng lưới: \$8,850 Từ các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới kết hợp: \$13,300 Quý vị không có trách nhiệm chi trả bất kỳ chi phí xuất túi nào để đạt tới số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.	Từ nhà cung cấp trong mạng lưới: \$9,350 Từ các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới kết hợp: \$14,000 Quý vị không có trách nhiệm chi trả bất kỳ chi phí xuất túi nào để đạt tới số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.

PHẦN 1 Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Năm tới

Phần 1.1 – Thay đổi đối với Phí Bảo hiểm

Danh Mục Quyền Lợi	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Phí bảo hiểm hàng tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình trừ khi QUEST (Medicaid) chi trả cho quý vị.)	Là hội viên trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi, quý vị phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trừ khi quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của mình. Quý vị không phải trả phí bảo hiểm Chương trình hàng tháng (phí bảo hiểm chương trình thuốc theo toa) nếu đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Những người có Medicare và QUEST (Medicaid) tự động đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Với năm 2024, phí bảo hiểm chương trình hàng tháng cho chương trình của chúng tôi là \$40.80.	Là hội viên trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi, quý vị phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trừ khi quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của mình. Quý vị không phải trả phí bảo hiểm Chương trình hàng tháng (phí bảo hiểm chương trình thuốc theo toa) nếu đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Những người có Medicare và QUEST (Medicaid) tự động đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”. Với năm 2025, phí bảo hiểm chương trình hàng tháng cho chương trình của chúng tôi là \$47.70.
Giảm phí bảo hiểm Phần B	Phí bảo hiểm Phần B không được giảm trong năm 2024.	Là hội viên chương trình của chúng tôi, <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> sẽ giảm phí bảo hiểm Medicare Phần B hàng tháng của quý vị xuống \$3. Khoản giảm này do Medicare thiết lập và được quản lý thông qua Cơ quan An sinh Xã hội (SSA). Tùy thuộc vào cách quý vị thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B, khoản giảm của quý vị có thể được ghi có vào chi phiếu An sinh Xã hội hoặc được ghi có trên bảng sao kê phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.

Phần 1.2 – Thay đổi đối với Số tiền Xuất túi Tối đa

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe phải giới hạn số tiền xuất túi mà quý vị phải chi trả trong năm. Giới hạn này được gọi là số tiền xuất túi tối đa. Sau khi đạt đến số tiền này, quý vị thường không phải chi trả gì cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả trong thời gian còn lại của năm.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Số tiền xuất túi tối đa	\$13,300	\$14,000
Do các hội viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên rất ít hội viên đạt đến số tiền xuất túi tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm chi trả bất kỳ chi phí xuất túi nào để đạt tới số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả. Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả (chẳng hạn như các khoản tiền đồng thanh toán và tiền khấu trừ) sẽ được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị. Phí bảo hiểm chương trình của quý vị và chi phí thuốc theo toa của quý vị không được tính vào khoản xuất túi tối đa của quý vị.		Sau khi số tiền xuất túi của quý vị đạt tới mức \$14,000 cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả, quý vị sẽ không phải chi trả gì cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả của mình trong thời gian còn lại của năm theo lịch.

Phần 1.3 – Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà cung cấp và Nhà thuốc

Số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa có thể phụ thuộc vào nhà thuốc quý vị sử dụng. Các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare có một mạng lưới các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bao trả nếu lấy tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Các danh mục cập nhật cũng có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.hmsa.com/advantage. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp và/hoặc nhà thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị danh mục qua đường bưu điện, chúng tôi sẽ gửi danh mục này trong vòng ba ngày làm việc.

Có những thay đổi đối với mạng lưới các nhà cung cấp, nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa định kỳ và nhà cung cấp dịch vụ nha khoa của chúng tôi trong năm tới. **Vui lòng xem lại *Danh mục Nhà cung cấp năm 2025* để xem liệu nhà cung cấp của quý vị (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Vui lòng xem lại *Danh mục Nhà cung cấp Dịch vụ Nhãn khoa Định kỳ năm 2025* để xem liệu nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa định kỳ của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Vui lòng xem lại *Danh mục Nhà cung cấp***

Dịch vụ Nha khoa 2025 để xem nhà cung cấp dịch vụ nha khoa của quý vị có trong mạng lưới của chúng tôi hay không.

Có những thay đổi đối với mạng lưới các nhà thuốc của chúng tôi trong năm tới. **Vui lòng xem lại *Danh mục Nhà thuốc 2025* để xem những nhà thuốc nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi.**

Điều quan trọng là quý vị cần biết rằng chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ nhân khoa định kỳ, nhà cung cấp dịch vụ nha khoa, bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) và các nhà thuốc nằm trong chương trình bảo hiểm của quý vị trong năm. Nếu thay đổi giữa năm về nhà cung cấp của chúng tôi ảnh hưởng đến quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng để chúng tôi có thể hỗ trợ.

Phần 1.4 – Thay đổi đối với Quyền lợi và Chi phí cho Dịch vụ Y tế

Xin lưu ý rằng *Thông Báo Thay Đổi Thường Niên* sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với các quyền lợi và chi phí Medicare của quý vị.

Chúng tôi sẽ thực hiện thay đổi về chi phí và quyền lợi đối với một số dịch vụ y tế vào năm tới. Thông tin dưới đây mô tả những thay đổi này.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Dịch vụ nha khoa	Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh răng miệng, khám nha khoa định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare hiện chi trả 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. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận. Nói chung, các quyền lợi nha khoa phòng ngừa (chẳng hạn như vệ sinh răng miệng) không được chương trình của chúng tôi bao trả. QUEST Integration (Medicaid) sẽ bao trả cho các dịch vụ chẩn đoán, phòng ngừa, phục hồi và một số dịch vụ răng giả.	Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh răng miệng, khám nha khoa định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare hiện chi trả 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. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi bao trả: <u>Dịch vụ Nha khoa Chẩn đoán và Phòng ngừa:</u> • Khám răng miệng: hai lần mỗi năm theo lịch • Làm sạch răng: hai lần mỗi năm theo lịch

Dịch vụ nha khoa (tiếp theo)	Trong mạng lưới Quý vị chi trả \$0 tiền đồng thanh toán cho các quyền lợi nha khoa được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí mỗi lần thăm khám của nhà cung cấp cho các quyền lợi nha khoa được Medicare bao trả.	• Chụp X-quang toàn bộ miệng hoặc X-quang toàn hàm: 1 bộ mỗi 5 năm theo lịch • Chụp X-quang cánh cắn: 1 bộ mỗi năm theo lịch trừ khi được thực hiện trong vòng 12 tháng chụp X-quang toàn bộ miệng hoặc toàn hàm • Fluoride: 2 lần điều trị mỗi năm theo lịch • Silver diamine fluoride: 2 lần điều trị mỗi năm theo lịch <u>Dịch vụ Nha khoa Toàn diện:</u> • Trám răng: 2 lần mỗi năm theo lịch • Nhổ răng: 4 lần mỗi năm theo lịch QUEST (Medicaid) sẽ bao trả cho các dịch vụ chẩn đoán, phòng ngừa, phục hồi và một số dịch vụ răng giả. Trong mạng lưới Quý vị chi trả \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ nha khoa chẩn đoán và phòng ngừa và các dịch vụ nha khoa toàn diện. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám đối với các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. 30% chi phí cho các dịch vụ nha khoa chẩn đoán và phòng ngừa và các dịch vụ nha khoa toàn diện.
Sàng lọc bệnh tiểu đường	Chúng tôi bao trả cho việc khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử bất thường về mức cholesterol và triglyceride (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử đường huyết (glucose) cao. Các xét nghiệm cũng có thể được bao trả	Chúng tôi bao trả cho việc khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử bất thường về mức cholesterol và triglyceride (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử đường huyết (glucose) cao. Các xét nghiệm cũng có thể được bao

Sàng lọc bệnh tiểu đường (tiếp theo)	nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình bị tiểu đường. Dựa trên kết quả của các xét nghiệm này, quý vị có thể đủ điều kiện thực hiện tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường 12 tháng một lần.	trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình bị tiểu đường. Quý vị có thể đủ điều kiện để được khám sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng sau ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của quý vị.
Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường	Đối với tất cả những người bị bệnh tiểu đường (dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Tiếp liệu để theo dõi đường huyết của quý vị: Máy đo đường huyết, que thử mức đường huyết, dụng cụ chích máu và kim chích máu, và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi. Có giới hạn số lượng cho que thử tiểu đường. Nếu bác sĩ của quý vị tin rằng quý vị cần số lượng que thử cao hơn, họ có thể yêu cầu một ngoại lệ. Chúng tôi bao trả cho dịch vụ theo dõi đường huyết của các thương hiệu và nhà sản xuất tiếp liệu được ưu tiên sau đây: • FreeStyle • FreeStyle InsuLinx • FreeStyle Lite • FreeStyle Precision Neo • OneTouch Ultra 2 • OneTouch Verio • Precision Xtra Quý vị cũng có thể yêu cầu được sĩ cho quý vị biết chúng tôi bao trả cho những nhãn hiệu và nhà sản xuất nào. Nói chung, chúng tôi sẽ không bao trả cho các nhãn hiệu và nhà sản xuất tiếp liệu dành cho người tiểu đường khác trừ khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng nhãn hiệu đó	Đối với tất cả những người bị bệnh tiểu đường (dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Tiếp liệu để theo dõi đường huyết của quý vị: Máy đo đường huyết, que thử mức đường huyết, dụng cụ chích máu và kim chích máu, và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi. Có giới hạn số lượng cho que thử tiểu đường. Nếu bác sĩ của quý vị tin rằng quý vị cần số lượng que thử cao hơn, họ có thể yêu cầu một ngoại lệ. Chúng tôi bao trả cho các thương hiệu và nhà sản xuất Máy đo đường huyết (BGM) và tiếp liệu liên quan được ưu tiên sau đây: • FreeStyle • FreeStyle InsuLinx • FreeStyle Lite • FreeStyle Precision Neo • OneTouch Ultra 2 • OneTouch Verio • Precision Xtra Quý vị cũng có thể yêu cầu được sĩ cho quý vị biết chúng tôi bao trả cho những nhãn hiệu và nhà sản xuất nào. Nói chung, chúng tôi sẽ không bao trả cho các nhãn hiệu và nhà sản xuất tiếp liệu dành cho người tiểu đường khác trừ khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng nhãn hiệu đó

Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường (tiếp theo)

phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị mới tham gia *HMSA Akamai Advantage Dual Care* và đang sử dụng nhãn hiệu cung cấp tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường không được ưu tiên, chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho nhãn hiệu này trong tối đa 100 ngày. Trong thời gian này, quý vị nên nói chuyện với bác sĩ để quyết định nhãn hiệu ưu tiên phù hợp về mặt y tế cho quý vị sau khoảng thời gian 100 ngày này.

- Các tiếp liệu khác để theo dõi đường huyết của quý vị: Hệ thống theo dõi đường huyết liên tục (CGMS) và các tiếp liệu liên quan được Medicare bao trả
- Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh về chân nặng do tiểu đường: Một đôi giày đúc tùy chỉnh điều trị bệnh mỗi năm theo lịch (bao gồm miếng lót đi kèm với giày đó) và thêm hai cặp miếng lót, hoặc một đôi giày sâu lòng cùng ba cặp miếng lót (không bao gồm miếng lót tháo được, không tùy chỉnh đi kèm với loại giày đó). Bao trả bao gồm cả phụ kiện phù hợp.
- Chương trình đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bao trả trong một số điều kiện nhất định.

phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị mới tham gia *HMSA Akamai Advantage Dual Care* và đang sử dụng nhãn hiệu cung cấp tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường không được ưu tiên, chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho nhãn hiệu này trong tối đa 100 ngày. Trong thời gian này, quý vị nên nói chuyện với bác sĩ để quyết định nhãn hiệu ưu tiên phù hợp về mặt y tế cho quý vị sau khoảng thời gian 100 ngày này.

- Các tiếp liệu khác để theo dõi đường huyết của quý vị: Hệ thống theo dõi đường huyết liên tục (CGMS) và các tiếp liệu liên quan.
Chúng tôi bao trả cho các thương hiệu và nhà sản xuất Hệ thống theo dõi đường huyết liên tục (CGMS) và tiếp liệu liên quan được ưu tiên sau đây:
 - Dexcom
 - Freestyle Libre
- Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh về chân nặng do tiểu đường: Một đôi giày đúc tùy chỉnh điều trị bệnh mỗi năm theo lịch (bao gồm miếng lót đi kèm với giày đó) và thêm hai cặp miếng lót, hoặc một đôi giày sâu lòng cùng ba cặp miếng lót (không bao gồm miếng lót tháo được, không tùy chỉnh đi kèm với loại giày đó). Bao trả bao gồm cả phụ kiện phù hợp.
- Chương trình đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bao trả trong một số điều kiện nhất định.

Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường (tiếp theo)		
Chương trình Thể dục – Chương trình Lão hóa Lành mạnh và Thể dục (Healthy Aging and Exercise) Silver&Fit®	Chương trình Chương trình Lão hóa Lành mạnh và Thể dục Silver&Fit cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận tư cách Hội viên Trung tâm Thể dục, Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà và Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh cùng các tính năng khác. - Hội viên Trung tâm Thể dục: Quý vị được tham gia Mạng lưới Thể dục Tiêu chuẩn miễn phí tại một trong hàng nghìn trung tâm thể dục tham gia chương trình hoặc chọn các YMCA trên toàn quốc. (Các dịch vụ phi tiêu chuẩn tại các trung tâm thể dục/YMCA tham gia chương trình không được bao trả trong chương trình Silver&Fit.) Nếu chọn tham gia Mạng lưới Thể dục Tiêu chuẩn, quý vị có thể thay đổi trung tâm thể dục của mình mỗi tháng một lần. Quý vị cũng có thể tham gia Mạng lưới Thể dục Cao cấp, bao gồm hàng nghìn trung tâm thể dục bổ sung, với một khoản phí bảo hiểm toàn bộ hàng tháng. Phí khác nhau tùy theo trung tâm thể dục Cao cấp. Để tìm trung tâm thể dục/YMCA tham gia chương trình hoặc thay đổi trung tâm thể dục/YMCA của quý vị, hãy truy cập www.silverandfit.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Silver&Fit. - Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà: Quý vị có thể nhận được một Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà mỗi năm theo lịch mà không phải trả thêm phí.	Chương trình Chương trình Lão hóa Lành mạnh và Thể dục Silver&Fit cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận tư cách Hội viên Trung tâm Thể dục, Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà và Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh cùng các tính năng khác. - Hội viên Trung tâm Thể dục: Quý vị được tham gia Mạng lưới Thể dục Tiêu chuẩn miễn phí tại một trong hàng nghìn trung tâm thể dục tham gia chương trình hoặc chọn các YMCA trên toàn quốc. (Các dịch vụ hội viên phi tiêu chuẩn tại các trung tâm thể dục/YMCA tham gia chương trình không được bao trả trong chương trình Silver&Fit.) Nếu chọn tham gia Mạng lưới Thể dục Tiêu chuẩn, quý vị có thể thay đổi trung tâm thể dục của mình mỗi tháng một lần. Quý vị cũng có thể tham gia Mạng lưới Thể dục Cao cấp, bao gồm hàng nghìn trung tâm thể dục bổ sung, với một khoản phí bảo hiểm toàn bộ hàng tháng. Phí khác nhau tùy theo trung tâm thể dục Cao cấp. Để tìm trung tâm thể dục/YMCA tham gia chương trình hoặc thay đổi trung tâm thể dục/YMCA của quý vị, hãy truy cập www.silverandfit.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Silver&Fit. - Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà: Quý vị có thể nhận được một Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà mỗi năm theo lịch mà không phải trả thêm phí.

**Chương trình Thể dục –
Chương trình Lão hóa Lành
mạnh và Thể dục (Healthy
Aging and Exercise)
Silver&Fit®
(tiếp theo)**

Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh:
Quý vị có thể tham gia Huấn luyện
Lão hóa Lành mạnh Silver&Fit
qua điện thoại, video hoặc trò
chuyện với huấn luyện viên được
đào tạo mà không phải trả thêm
phí.

- Câu lạc bộ Sức khỏe & Hạnh phúc: Bằng cách thiết lập tùy chọn của quý vị cho các chủ đề sức khỏe và hạnh phúc trên trang web, quý vị có thể khám phá các tài nguyên phù hợp với sở thích và các mục tiêu lão hóa lành mạnh của mình, bao gồm các bài viết, video cũng như các lớp học và sự kiện từ xa trực tiếp.
- Tập luyện trên nền tảng Kỹ thuật số: Quý vị có thể xem video theo yêu cầu thông qua thư viện bài tập kỹ thuật số của trang web, bao gồm Silver&Fit Signature Series Class®.
- Silver&Fit Connected!™: Công cụ Silver&Fit Connected! có thể hỗ trợ theo dõi hoạt động của quý vị. Quý vị có thể phải mua một số thiết bị đeo theo dõi sức khỏe hoặc ứng dụng để sử dụng công cụ Connected! và không được chương trình Silver&Fit hoàn trả.
- Truy cập www.silverandfit.com để đăng ký và truy cập các thư tin trực tuyến, video tập luyện theo yêu cầu, tìm kiếm trung tâm thể dục và công cụ Silver&Fit Connected!™. Quý vị cũng có thể đăng ký trực tuyến để nhận thẻ Silver&Fit và mang trực tiếp đến trung tâm thể dục/YMCA tham gia chương trình. Để biết chi tiết, hãy truy cập www.silverandfit.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng Silver&Fit theo số 1-888-354-4934, Thứ Hai đến

Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh:
Quý vị có thể tham gia Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh Silver&Fit qua điện thoại, video hoặc trò chuyện với huấn luyện viên được đào tạo mà không phải trả thêm phí.

- Câu lạc bộ Sức khỏe & Hạnh phúc: Bằng cách thiết lập tùy chọn của quý vị cho các chủ đề sức khỏe và hạnh phúc trên trang web, quý vị có thể khám phá các tài nguyên phù hợp với sở thích và các mục tiêu lão hóa lành mạnh của mình, bao gồm các bài viết, video cũng như các lớp học và sự kiện từ xa trực tiếp và các nhóm xã hội.
- Tập luyện trên nền tảng Kỹ thuật số: Quý vị có thể xem video theo yêu cầu thông qua thư viện bài tập kỹ thuật số của trang web, bao gồm Silver&Fit Signature Series Class®.
- Silver&Fit Connected!™: Công cụ Silver&Fit Connected! có thể hỗ trợ theo dõi hoạt động của quý vị. Quý vị có thể phải mua một số thiết bị đeo theo dõi sức khỏe hoặc ứng dụng để sử dụng công cụ Connected! và không được chương trình Silver&Fit hoàn trả.
- Truy cập www.silverandfit.com để đăng ký và truy cập các thư tin trực tuyến, video tập luyện theo yêu cầu, tìm kiếm trung tâm thể dục và công cụ Silver&Fit Connected!™. Quý vị cũng có thể đăng ký trực tuyến để nhận thẻ Silver&Fit và mang trực tiếp đến trung tâm thể dục/YMCA tham gia chương trình. Để biết chi tiết, hãy truy cập www.silverandfit.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ

Chương trình Thể dục – Chương trình Lão hóa Lành mạnh và Thể dục (Healthy Aging and Exercise) Silver&Fit® (tiếp theo)	Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ HST (TTY/TDD 711). <i>Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc., (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, và Silver&Fit Connected! là các thương hiệu của ASH và được sử dụng với sự cho phép trong tài liệu này. Việc tham gia trung tâm thể dục có thể khác nhau tùy theo địa điểm và có thể thay đổi. Các bộ dụng cụ có thể thay đổi.</i> Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Chương trình Silver&Fit Hội viên Trung tâm Thể dục: \$0 phí hàng tháng cho các trung tâm thể dục của Mạng lưới Tiêu chuẩn \$30 - \$200 phí hàng tháng cho các trung tâm thể dục của Mạng lưới Cao cấp. Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà \$0 tiền đồng thanh toán cho 1 Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà mỗi năm theo lịch. Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh \$0 tiền đồng thanh toán cho các buổi Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh không giới hạn.	Khách hàng Silver&Fit theo số 1-888-354-4934, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ HST (TTY/TDD 711). <i>Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc., (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, và Silver&Fit Connected! là các thương hiệu của ASH và được sử dụng với sự cho phép trong tài liệu này. Việc tham gia trung tâm thể dục có thể khác nhau tùy theo địa điểm và có thể thay đổi. Các bộ dụng cụ có thể thay đổi.</i> Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Chương trình Silver&Fit Hội viên Trung tâm Thể dục: \$0 phí hàng tháng cho các trung tâm thể dục của Mạng lưới Tiêu chuẩn \$30-\$250 phí hàng tháng cho các trung tâm thể dục của Mạng lưới Cao cấp. Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà \$0 tiền đồng thanh toán cho 1 Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà mỗi năm theo lịch. Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh \$0 tiền đồng thanh toán cho các buổi Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh không giới hạn.
Trợ giúp với một số bệnh mạn tính Dịch vụ Nha khoa – Sức khỏe răng miệng cho Sức khỏe Tổng thể	Trợ giúp một số tình trạng mạn tính Dịch vụ Nha khoa – Sức khỏe răng miệng cho Sức khỏe Tổng thể <u>không</u> được bao trả.	Chương trình này tập trung vào các tình trạng sức khỏe như tiểu đường, bệnh động mạch vành, mang thai, đột quỵ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh thận giai đoạn cuối, hội chứng chuyển hóa, ung thư đầu cổ, ung thư miệng và hội chứng Sjögren ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng. Các chương trình bao gồm các quyền lợi nha

**Trợ giúp với một số bệnh mạn tính Dịch vụ Nha khoa – Sức khỏe răng miệng cho Sức khỏe Tổng thể
(tiếp theo)**

khoa bổ sung cho các hội viên được xác định có các tình trạng sức khỏe cụ thể và các hoạt động tiếp cận cộng đồng để hỗ trợ các hội viên và thúc đẩy sức khỏe răng miệng. Để biết thêm thông tin về chương trình này, vui lòng truy cập

www.hmsadental.com/members/oral-health-for-total-health/enroll hoặc gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng (các số điện thoại được liệt kê ở bìa sau của tài liệu này).

Các hội viên được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường, bệnh động mạch vành, đột quỵ, mang thai, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh thận giai đoạn cuối hoặc hội chứng chuyển hóa đủ điều kiện nhận các dịch vụ sau đây ngoài các quyền lợi nha khoa của chương trình:

Dịch vụ Nha khoa:

- Vệ sinh: thêm 2 lần mỗi năm theo lịch
- Mở ổ răng toàn hàm: 1 lần mỗi 2 năm theo lịch
- Làm sạch sâu: 1 lần mỗi cung phần tư mỗi 2 năm theo lịch

Các hội viên được chẩn đoán mắc ung thư đầu cổ, ung thư miệng hoặc hội chứng Sjögren đủ điều kiện nhận các dịch vụ sau ngoài các quyền lợi nha khoa của chương trình:

Dịch vụ Nha khoa:

- Vệ sinh: thêm 2 lần mỗi năm theo lịch
- Mở ổ răng toàn hàm: 1 lần mỗi 2 năm theo lịch
- Fluoride: 2 lần điều trị bổ sung mỗi năm theo lịch cách nhau ít nhất 3 tháng
- Khám răng miệng: thêm 2 lần mỗi năm theo lịch

Trong mạng lưới

Trợ giúp với một số bệnh mạn tính Dịch vụ Nha khoa – Sức khỏe răng miệng cho Sức khỏe Tổng thể (tiếp theo)		\$0 tiền đồng thanh toán đối với quyền lợi nha khoa bổ sung cho hội viên được xác định có tình trạng sức khỏe cụ thể. Ngoài mạng lưới 40% chi phí đối với quyền lợi nha khoa bổ sung cho hội viên được xác định có tình trạng sức khỏe cụ thể. Để biết mức chia sẻ chi phí cho các quyền lợi nha khoa của chương trình, hãy xem <i>Dịch vụ Nha khoa</i> .
Dịch vụ chăm sóc cận tử	Quý vị đủ điều kiện hưởng quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc 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 quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Thuốc kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc tạm thể ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Khi quý vị được nhận vào một cơ sở chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của mình. Nếu quý vị chọn tiếp tục tham gia chương trình của mình, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm chương trình. <u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bao trả và liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị: HMSA Akamai Advantage Dual Care sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc</u>	Quý vị đủ điều kiện hưởng quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc 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 quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm những chương trình mà tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Thuốc kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc tạm thể ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà <u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bao trả và liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị: Original Medicare (chứ không phải chương</u>

**Dịch vụ chăm sóc cận tử
(tiếp theo)**

cuối đời của quý vị và bất kỳ dịch vụ Phần A và Phần B nào liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị.

Chương trình cũng bao trả dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp đồng thời cho các hội viên ghi danh tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong mạng lưới trong tối đa 30 ngày sau khi chọn. Quý vị sẽ được chăm sóc giảm nhẹ theo hướng thoải mái, trong khi tiếp tục được điều trị ngoại trú khỏi bệnh từ một nhóm các bác sĩ đa ngành. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp đồng thời không dành cho các hội viên chuyển từ quyền lợi *Chăm sóc Hỗ trợ* sang quyền lợi chăm sóc cuối đời của Medicare.

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

Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không cần thiết khẩn cấp được bao trả theo Medicare Phần A hoặc B và không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, chi phí cho các dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới chương trình của chúng tôi hay không:

- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới, quý vị chỉ trả khoản chia sẻ chi phí theo chương trình cho các dịch vụ trong mạng lưới
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán theo các quy tắc của chương trình được mô tả trong Chương 3, Phần 1.2, “Những quy tắc cơ bản để được chương trình bao

trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ nào liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Trong khi quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ tính phí cho Original Medicare các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được lập hóa đơn khoản chia sẻ chi phí Original Medicare.

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

Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không cần thiết khẩn cấp được bao trả theo Medicare Phần A hoặc B và không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, chi phí cho các dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới chương trình của chúng tôi hay không cũng như tuân theo các quy tắc của chương trình (chẳng hạn như nếu có yêu cầu phải xin giấy cho phép trước):

- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới và tuân theo các quy tắc của chương trình để nhận được dịch vụ, quý vị chỉ trả khoản chia sẻ chi phí theo chương trình cho các dịch vụ trong mạng lưới
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí theo chương trình Medicare Trả Phí Theo Dịch vụ (Original Medicare).

Đối với các dịch vụ được HMSA Akamai Advantage Dual Care bao trả nhưng không được Medicare

Dịch vụ chăm sóc cận tử (tiếp theo)

trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị”.

Đối với các dịch vụ được HMSA Akamai Advantage Dual Care bao trả nhưng không được Medicare Phần A hoặc B bao trả: HMSA Akamai Advantage Dual Care sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả mà Phần A hoặc Phần B không chi trả cho dù các dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị thanh toán khoản chia sẻ chi phí theo chương trình cho các dịch vụ này.

Đối với những thuốc có thể được bao trả theo quyền lợi Phần D của chương trình: Thuốc không bao giờ được bao trả bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (*Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao*).

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

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một hội viên chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời nhưng có thể đang xem xét và đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời, cùng với gia đình hoặc nhà cung cấp của họ.

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 liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được HMSA

Phần A hoặc B bao trả: HMSA Akamai Advantage Dual Care sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả mà Phần A hoặc Phần B không chi trả cho dù các dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị thanh toán khoản chia sẻ chi phí theo chương trình cho các dịch vụ này.

Đối với những thuốc có thể được bao trả theo quyền lợi Phần D của chương trình: Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối đời của quý vị, quý vị phải chi trả khoản chia sẻ chi phí. Nếu chúng có liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối đời của quý vị thì quý vị phải chi trả khoản chia sẻ chi phí của Original Medicare. Thuốc không bao giờ được bao trả bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (*Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao*).

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

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn về chăm sóc cuối đời (một lần duy nhất) cho một người mắc bệnh giai đoạn cuối chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.

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 liên

Dịch vụ chăm sóc cận tử (tiếp theo)	<i>Akamai Advantage Dual Care</i> thanh toán. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho dịch vụ chăm sóc cuối đời Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho thuốc theo toa và được phẩm sinh học. \$0 tiền đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc thay thế nội trú. Để biết mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một hội viên chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời nhưng có thể đang xem xét và đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời, cùng với gia đình hoặc nhà cung cấp của họ, vui lòng xem <i>Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ.</i>	quan đến tiền lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare thanh toán, chứ không phải <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care.</i> Để biết mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho người bệnh giai đoạn cuối chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời, hãy xem <i>Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ.</i> Original Medicare bao trả tất cả các dịch vụ chăm sóc cuối đời từ ngày lựa chọn có hiệu lực đến ngày xuất viện hoặc thu hồi. Trong quá trình lựa chọn, Original Medicare cũng bao trả cho các dịch vụ bác sĩ điều trị và tất cả các dịch vụ chăm sóc không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp đồng thời cho các hội viên ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận sẽ <u>không</u> được bao trả vào năm 2025. Khoản đồng thanh toán của quý vị cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời được Medicare bao trả sẽ là: 5% chi phí và không quá \$5 cho thuốc theo toa và thuốc sinh học. 5% chi phí chăm sóc thay thế nội trú.
Chủng ngừa	Các dịch vụ Medicare Phần B được bao trả bao gồm: • Vắc-xin ngừa viêm phổi • Chích ngừa cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, kèm theo chích ngừa cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình bị mắc viêm gan B • Vắc-xin ngừa COVID-19	Các dịch vụ Medicare Phần B được bao trả bao gồm: • Vắc-xin ngừa 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 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 ngừa COVID-19

Chủng ngừa (tiếp theo)	Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho vắc-xin viêm phổi, cúm, Viêm gan B và COVID-19. Để biết phạm vi bảo hiểm cho các loại vắc-xin khác (nếu quý vị có nguy cơ và (các) vắc-xin đáp ứng các quy tắc bao trả Medicare Phần B), vui lòng xem <i>Thuốc theo toa Medicare Phần B</i>.	Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B Chúng tôi cũng bao trả hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn khác theo quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi. Tham khảo Chương 6, Phần 8 để biết thêm thông tin. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho vắc-xin viêm phổi, cúm/influenza, Viêm gan B và COVID-19. Để biết phạm vi bảo hiểm cho các loại vắc-xin khác (nếu quý vị có nguy cơ và (các) vắc-xin đáp ứng các quy tắc bao trả Medicare Phần B), vui lòng xem <i>Thuốc theo toa Medicare Phần B</i>.
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện	Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên là <i>Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện?</i> Nếu Quý vị có Medicare – Hãy hỏi! Tờ thông tin này có trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: \$1,632 tiền khấu trừ và Ngày 1 đến ngày 60: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 61 đến ngày 90: \$408 tiền đồng thanh toán mỗi ngày	Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên là <i>Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện?</i> Nếu Quý vị có Medicare – Hãy hỏi! Tờ thông tin này có trên Web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: \$1,632 tiền khấu trừ và Ngày 1 đến ngày 60: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 61 đến ngày 90: \$408 tiền đồng thanh toán mỗi ngày

Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo)	\$816 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ.	\$816 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ. Đây là số tiền chia sẻ chi phí năm 2024 và có thể thay đổi vào năm 2025. HMSA Akamai Advantage Dual Care sẽ cung cấp mức giá cập nhật ngay khi được đưa ra.
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần	Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: \$1,632 tiền khấu trừ và Ngày 1 đến ngày 60: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 61 đến ngày 90: \$408 tiền đồng thanh toán mỗi ngày \$816 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ.	Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: \$1,632 tiền khấu trừ và Ngày 1 đến ngày 60: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 61 đến ngày 90: \$408 tiền đồng thanh toán mỗi ngày \$816 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ. Đây là số tiền chia sẻ chi phí năm 2024 và có thể thay đổi vào năm 2025. HMSA Akamai Advantage Dual Care sẽ cung cấp mức giá cập nhật ngay khi được đưa ra.
Thuốc theo toa Medicare Phần B	Những 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 những 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 chích 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 sử dụng lâu dài (như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng bằng thiết bị y tế sử dụng lâu dài (như máy xông khí dung hoặc bơm insulin) được chương trình cho phép	Những 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 những 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 chích 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 sử dụng lâu dài (như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng bằng thiết bị y tế sử dụng lâu dài (như máy xông khí dung) được chương trình cho phép.

Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp theo)

- Các yếu tố đông máu mà quý vị tự chích nếu quý vị bị máu khó đông
 - Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh vào Medicare Phần A tại thời điểm cấy ghép nội tạng
 - Các loại thuốc chích 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
 - Kháng nguyên
 - Một số loại thuốc uống chống ung thư và chống buồn nôn
 - Một số loại thuốc lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây mê tại chỗ và các tác nhân kích thích tạo hồng cầu (như Procrit®)
 - Globulin miễn dịch chích tĩnh mạch để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát
- Liên kết sau sẽ chuyển quý vị đến danh sách Thuốc Phần B có thể được cung cấp theo Liệu pháp Từng Bước: www.hmsa.com/part-b-step/.
- Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Phần B và Phần D của chúng tôi.
- Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc theo toa Phần D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa. Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích ở Chương 6.
- Thuốc Alzheimer, Leqembi®, (tên thuốc gốc là lecanemab), được dùng qua đường tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần chụp 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 quá trình điều trị
 - Các yếu tố đông máu mà quý vị tự chích nếu quý vị bị máu khó đông
 - Thuốc cấy ghép/thuốc ức chế miễn dịch: Medicare bao trả cho liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare thanh toán cho việc cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có bảo hiểm Phần A tại thời điểm ca cấy ghép được bao trả và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Hãy nhớ rằng, 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 chích 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 quý vị dùng qua đường uống nếu cùng một loại thuốc có sẵn ở dạng tiêm hoặc thuốc là tiền

Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp theo)		thuốc (một dạng uống của một loại thuốc, khi ăn vào, phân hủy thành cùng một thành phần hoạt tính có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc điều trị ung thư miệng mới, bảo hiểm Phần B có thể bao trả cho các thuốc này. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả • 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, vào lúc hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một sự thay thế điều trị đầy đủ cho một loại thuốc chống buồn nôn đường tĩnh mạch • Một số loại thuốc điều trị Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) qua đường uống nếu cùng loại thuốc đó có ở dạng tiêm và quyền lợi ESRD Phần B bao trả cho thuốc đó • Thuốc Calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc chích tĩnh mạch Parsabiv,[®] và thuốc uống Sensipar[®] • Một số loại thuốc lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây mê 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 bệnh thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Procrit[®]) • Globulin miễn dịch chích tĩnh mạch để điều trị tại nhà các
---	--	---

Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp theo)		bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát Dinh dưỡng qua đường tiêm và đường ruột (cho ăn qua đường tĩnh mạch và qua ống) Liên kết sau sẽ chuyển quý vị đến danh sách Thuốc Phần B có thể được cung cấp theo Liệu pháp Từng Bước: www.hmsa.com/part-b-step/. 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 theo toa Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc theo toa Phần D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa. Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích ở Chương 6.
Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện	Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên là <i>Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện?</i> Nếu Quý vị có Medicare – Hãy hỏi! Tờ thông tin này có trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên là <i>Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện?</i> Nếu Quý vị có Medicare – Hãy hỏi! Tờ thông tin này có trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú	Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên là <i>Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện?</i> Nếu Quý vị có Medicare – Hãy hỏi! Tờ thông tin này có trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare có tên là <i>Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện?</i> Nếu Quý vị có Medicare – Hãy hỏi! Tờ thông tin này có trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú	Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 18774862048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
Trợ cấp Sản phẩm Sức khỏe Không cần toa (OTC), Thực phẩm Lành mạnh và Tiện ích Gia đình	Quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi \$270 hàng quý để sử dụng tại cửa hàng hoặc mua sắm trực tuyến các sản phẩm chăm sóc sức khỏe và thể chất không kê toa (OTC) được cung cấp thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi hoặc tại một số cửa hàng bán lẻ. Quyền lợi này được gia hạn vào đầu mỗi quý của năm theo lịch (tháng 1, tháng 4, tháng 7 và tháng 10) và số dư quyền lợi chưa sử dụng sẽ không được kết chuyển giữa các quý. Quý vị sẽ nhận được thẻ nhà cung cấp Quyền lợi Bổ sung HMSA cùng với Thẻ ghi nợ Quyền lợi Bổ sung HMSA của mình qua đường bưu điện để mua các sản phẩm chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần OTC được cung cấp thông qua United Medco hoặc tại một số cửa hàng bán lẻ. Nếu quý vị đặt hàng các sản phẩm OTC trực tuyến, qua điện thoại hoặc qua đường bưu điện, các sản phẩm của quý vị sẽ được giao đến tận nhà mà không phải trả thêm phí. Truy cập https://HMSAExtraBenefits.com để mua sắm trực tuyến hoặc quản lý trương mục Quyền lợi Bổ sung của quý vị hoặc gọi tới số 1-800-790-6019 từ 8:00 sáng – 8:00 tối, giờ chuẩn Hawaii, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho quyền lợi lên tới \$270 để mua các sản phẩm chăm sóc sức khỏe và thể chất không kê toa (OTC) được cung cấp thông qua dịch vụ đặt	Trợ cấp sản phẩm chăm sóc sức khỏe không cần toa (OTC), thực phẩm lành mạnh và tiện ích gia đình của quý vị được nạp vào Thẻ Ghi nợ Quyền lợi Bổ sung HMSA. Quyền lợi trợ cấp được gia hạn vào đầu mỗi tháng theo lịch và số dư quyền lợi chưa sử dụng không được chuyển sang các tháng. Quý vị có thể sử dụng quyền lợi trợ cấp của mình cho: • Tiếp liệu OTC cho chăm sóc sức khỏe và tinh thần như vitamin, kem chống nắng, thuốc giảm đau, thuốc ho và cảm lạnh, kem đánh răng, băng gạc và nhiều vật dụng khác. • Thực phẩm lành mạnh như trái cây, rau củ và một số đồ đóng hộp. • Các tiện ích gia đình như điện, nước, khí tự nhiên và rác thải. Quý vị sẽ nhận được Thẻ Ghi nợ Quyền lợi Bổ sung HMSA qua đường bưu điện. Quý vị có thể sử dụng thẻ để mua các sản phẩm được bao trả có sẵn tại các cửa hàng bán lẻ được chọn hoặc thông qua đặt hàng qua bưu điện với đối tác đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi, Medline. Nếu quý vị đặt hàng các sản phẩm trực tuyến, qua điện thoại hoặc qua đường bưu điện, các sản phẩm của quý vị sẽ được giao đến tận nhà mà không phải trả thêm phí. Truy cập https://HMSAExtraBenefits.com để mua sắm trực tuyến hoặc quản lý trương mục Quyền lợi Bổ sung của quý vị hoặc gọi tới số 1-800-790-6019 từ 8:00 sáng – 8:00 tối,

Trợ cấp Sản phẩm Sức khỏe Không cần toa (OTC), Thực phẩm Lành mạnh và Tiện ích Gia đình (tiếp theo)	hàng qua đường bưu điện của chúng tôi và tại một số cửa hàng bán lẻ.	giờ chuẩn Hawaii, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa \$133 hàng tháng đối với các sản phẩm chăm sóc sức khỏe không cần toa (OTC), thực phẩm lành mạnh và tiện ích gia đình. Nếu đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thì quý vị cũng đủ điều kiện nhận Trợ cấp Thực phẩm Lành mạnh và Tiện ích Gia đình. Để biết thêm thông tin, xem <i>Mô hình Thiết kế Bảo hiểm dựa trên Giá trị (VBID)</i>.
Dịch vụ nhập viện một phần và dịch vụ ngoại trú Chuyên sâu	Nhập viện một phần 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 hoặc nhà trị liệu của quý vị và là một lựa chọn thay thế cho nhập viện nội trú. Dịch vụ ngoại trú Chuyên sâu 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 hoặc nhà trị liệu của quý vị và là một lựa chọn thay thế cho nhập viện một phần.	<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.

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:

- Chăm sóc y tế cần thiết về mặt y tế hoặc các dịch vụ phẫu thuật được cung cấp tại văn phòng bác sĩ, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận, khoa ngoại trú tại bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác
- Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa
- Khám thính lực và thăng bằng cơ bản do PCP thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không
- Một số dịch vụ thăm khám từ xa, bao gồm: thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa, liệu pháp sức khỏe tâm thần hoặc thăm khám trị liệu lạm dụng chất gây nghiện, thăm khám với điều dưỡng đã đăng ký thực hành nâng cao, chuyên viên điều dưỡng hoặc trợ lý bác sĩ hoặc các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid
 - Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc thăm khám từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong các dịch vụ này bằng thăm khám từ xa thì quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới cung cấp dịch vụ thăm khám từ xa
- Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc bác sĩ điều trị, dành cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn nhất định hoặc những nơi khác được Medicare chấp thuận

Các dịch vụ được bao trả bao gồm:

- Chăm sóc y tế cần thiết về mặt y tế hoặc các dịch vụ phẫu thuật được cung cấp tại văn phòng bác sĩ, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận, khoa ngoại trú tại bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác
- Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa
- Khám thính lực và thăng bằng cơ bản do PCP thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không
- Một số dịch vụ thăm khám từ xa, bao gồm: thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa, liệu pháp sức khỏe tâm thần hoặc thăm khám trị liệu lạm dụng chất gây nghiện, thăm khám với điều dưỡng đã đăng ký thực hành nâng cao, chuyên viên điều dưỡng hoặc trợ lý bác sĩ hoặc các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid
 - Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc thăm khám từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong các dịch vụ này bằng thăm khám từ xa thì quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới cung cấp dịch vụ thăm khám từ xa
- Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc bác sĩ điều trị, dành cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn nhất định hoặc những nơi khác được Medicare chấp thuận

Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ (tiếp theo)

- Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa (Telehealth) cho các lần khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng cho các hội viên lọc máu tại nhà tại trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc cơ sở thiết yếu tại bệnh viện, cơ sở lọc máu thận hoặc tại nhà của hội viên
 - Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị ở địa điểm nào
 - Các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu:
 - Quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám Chăm sóc sức khỏe từ xa đầu tiên
 - Quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa này
 - Có thể có trường hợp ngoại lệ đối với những trường hợp nhất định ở trên
 - Các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do Rural Health Clinics và Trung tâm Y tế đủ tiêu chuẩn của Liên bang cung cấp
 - Các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa cho các hội viên bị rối loạn sử dụng dược chất hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời xảy ra, bất kể họ ở địa điểm nào
 - Kiểm tra trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu**:
 - Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**
 - Việc làm thủ tục đăng ký thăm khám không liên
- Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa (Telehealth) cho các lần khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng cho các hội viên lọc máu tại nhà tại trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc cơ sở thiết yếu tại bệnh viện, cơ sở lọc máu thận hoặc tại nhà của hội viên
 - Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị ở địa điểm nào
 - Các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu:
 - Quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám Chăm sóc sức khỏe từ xa đầu tiên
 - Quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa này
 - Có thể có trường hợp ngoại lệ đối với những trường hợp nhất định ở trên
 - Các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do Rural Health Clinics và Trung tâm Y tế đủ tiêu chuẩn của Liên bang cung cấp
 - Các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa cho các hội viên bị rối loạn sử dụng dược chất hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời xảy ra, bất kể họ ở địa điểm nào
 - Kiểm tra trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu**:
 - Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**

Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ (tiếp theo)	quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và ○ Việc làm thủ tục thăm khám không dẫn đến việc thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể ● Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ nếu: ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ○ Việc làm thủ tục đăng ký thăm khám không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và ○ Việc làm thủ tục thăm khám không dẫn đến việc thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể ● 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật ● Chăm sóc nha khoa đột xuất (các dịch vụ được bao trả giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, thiết lập các vị trí gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho các phương pháp xạ trị ung thư hoặc các dịch vụ sẽ được bao trả khi được cung cấp bởi một bác sĩ)	○ Việc làm thủ tục đăng ký thăm khám không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và ○ Việc làm thủ tục thăm khám không dẫn đến việc thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể ● Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ nếu: ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ○ Việc làm thủ tục thăm khám không dẫn đến việc thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể ● 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật ● Chăm sóc nha khoa đột xuất (các dịch vụ được bao trả giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, thiết lập các vị trí gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho các phương pháp xạ trị ung thư hoặc các dịch vụ sẽ được bao trả khi được cung cấp bởi một bác sĩ)
Các thiết bị giả và chỉnh hình cùng nguồn tiếp liệu liên quan	Các thiết bị (ngoài nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận cơ thể hoặc chức năng cơ thể. Các dịch vụ này bao gồm nhưng không giới hạn: túi hậu môn nhân tạo và tiếp liệu liên quan trực tiếp đến chăm sóc hậu môn giả, máy tạo	Các thiết bị (ngoài nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận cơ thể hoặc chức năng 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

Các thiết bị giả và chỉnh hình cùng nguồn tiếp liệu liên quan (tiếp theo)	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 nguồn tiếp liệu liên quan đến các bộ phận giả và sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả. Cũng bao gồm một số bao trả sau khi cắt bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem phần <i>Chăm sóc Nhãn khoa</i> ở phần sau để biết thêm chi tiết.	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 nguồn tiếp liệu liên quan đến các bộ phận giả và chỉnh hình cũng như sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận 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 – xem phần <i>Chăm sóc Nhãn khoa</i> ở phần sau để biết thêm chi tiết.
Cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn (SNF)	Trong mạng lưới Đối với thời gian nằm tại SNF được Medicare bao trả: Ngày 1 đến ngày 100: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Có thể áp dụng các quy định về cho phép. Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm tại SNF được Medicare bao trả: Ngày 1 đến ngày 20: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 21 đến ngày 100: \$204 tiền đồng thanh toán mỗi ngày	Trong mạng lưới Đối với thời gian nằm tại SNF được Medicare bao trả: Ngày 1 đến ngày 100: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 101 đến ngày 180: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Có thể áp dụng các quy định về cho phép. Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm tại SNF được Medicare bao trả: Ngày 1 đến ngày 20: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 21 đến ngày 100: \$204 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 101 đến ngày 180: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Đây là số tiền chia sẻ chi phí năm 2024 và có thể thay đổi vào năm 2025. HMSA Akamai Advantage Dual Care sẽ cung cấp mức giá cập nhật ngay khi được đưa ra.
Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp	Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp để điều trị một căn bệnh, thương tích hoặc tình trạng y tế không khẩn cấp, không lường trước được cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng do hoàn cảnh của quý vị, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không khả thi hoặc không hợp	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 một 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 ở trong khu vực dịch vụ của chương trình, việc tìm kiếm

Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp (tiếp theo)	lý. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý trong hoàn cảnh của quý vị thì chương trình của quý vị sẽ bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các dịch vụ phải cần thiết ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà chương trình phải bao trả ngoài mạng lưới xuất hiện nếu: Quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và yêu cầu các dịch vụ ngay lập tức cần thiết về mặt y tế cho tình trạng không lường trước được nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế; hoặc việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý trong hoàn cảnh của quý vị. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp ngoài mạng lưới cũng giống như cho các dịch vụ được cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là một quyền lợi được bao trả ở Hoa Kỳ.	dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng với quý vị là không hợp lý. Chương trình của quý vị phải bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chi 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. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động. Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là một quyền lợi được bao trả ở Hoa Kỳ.
Mô hình Thiết kế Bảo hiểm dựa trên Giá trị (VBID)	Mô hình Thiết kế Bảo hiểm dựa trên Giá trị (VBID) <u>không</u> được bao trả.	Nếu quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung” để thanh toán các chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm, quý vị đủ điều kiện nhận Trợ cấp Thực phẩm Lành mạnh và Tiềm ích Gia đình. Trợ cấp thực phẩm lành mạnh và tiềm ích gia đình của quý vị được nạp vào Thẻ Ghi nợ Quyền lợi Bổ sung HMSA. Quyền lợi trợ cấp được gia hạn vào đầu mỗi tháng theo lịch và số dư quyền lợi chưa sử dụng không được chuyển sang các tháng. Quý vị có thể sử dụng quyền lợi trợ cấp của mình cho:

Mô hình Thiết kế Bảo hiểm dựa trên Giá trị (VBID) (tiếp theo)		• Thực phẩm lành mạnh như trái cây, rau củ và một số đồ đóng hộp. • Các tiện ích gia đình như điện, nước, khí tự nhiên và rác thải. Quý vị sẽ nhận được thẻ ghi nợ quyền lợi bổ sung HMSA qua đường bưu điện. Quý vị có thể sử dụng thẻ để mua các sản phẩm được bao trả có sẵn tại các cửa hàng bán lẻ được chọn hoặc thông qua đặt hàng qua bưu điện với đối tác đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi, Medline. Nếu quý vị đặt hàng các sản phẩm trực tuyến, qua điện thoại hoặc qua đường bưu điện, các sản phẩm của quý vị sẽ được giao đến tận nhà mà không phải trả thêm phí. Truy cập https://HMSAExtraBenefits.com để mua sắm trực tuyến hoặc quản lý trương mục Quyền lợi Bổ sung của quý vị hoặc gọi tới số 1-800-790-6019 từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ chuẩn Hawaii, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa \$133 hàng tháng đối với thực phẩm lành mạnh và tiện ích gia đình. Trợ cấp thực phẩm lành mạnh và tiện ích gia đình của quý vị được kết hợp với trợ cấp sản phẩm chăm sóc sức khỏe không cần toa (OTC) của quý vị. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem <i>Phụ cấp Sản phẩm Sức khỏe Không cần toa (OTC), Thực phẩm Lành mạnh và Tiện ích Gia đình</i>.
Thăm khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare	Chương trình bao trả cho thăm khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare 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 nhất định) và	Chương trình bao trả cho thăm khám phòng ngừa <i>Chào mừng quý vị 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

Thăm khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare (tiếp theo)

giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần.

Quan trọng: Chúng tôi chỉ bao trả cho thăm khám phòng ngừa **Chào mừng quý vị đến với Medicare** 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 **Chào mừng quý vị đến với Medicare**.

định) và giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần.

Quan trọng: Chúng tôi chỉ bao trả cho thăm khám phòng ngừa *Chào mừng quý vị đến với Medicare* 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 *Chào mừng quý vị đến với Medicare*.

Phần 1.5 – Thay đổi đối với Bảo hiểm Thuốc theo toa Phần D của quý vị**Thay đổi đối với Danh sách Thuốc của chúng tôi**

Danh sách thuốc được bao trả của chúng tôi được gọi là Danh Mục Thuốc hoặc Danh sách Thuốc. Một bản sao Danh sách Thuốc của chúng tôi được cung cấp dưới dạng điện tử. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tài liệu giải thích cách yêu cầu một bản sao Danh sách Thuốc.

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh sách Thuốc của mình, có thể bao gồm việc bỏ đi hoặc thêm vào các loại thuốc hoặc thay đổi các hạn chế áp dụng cho phạm vi bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc. **Xem lại Danh sách Thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới và xem liệu có bất kỳ hạn chế nào không.**

Hầu hết các thay đổi trong Danh sách Thuốc đều là thay đổi mới vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác được các quy định của Medicare cho phép. Chúng tôi cập nhật Danh sách Thuốc trực tuyến của mình ít nhất mỗi tháng một lần để cung cấp danh sách thuốc cập nhật nhất. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi ảnh hưởng đến việc quý vị tiếp cận với một loại thuốc quý vị đang dùng thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi về bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm, vui lòng xem lại Chương 9 của Chứng từ Bảo hiểm của quý vị và nói chuyện với bác sĩ để tìm hiểu các lựa chọn của quý vị, chẳng hạn như yêu cầu nguồn cấp thuốc tạm thời, đăng ký một trường hợp ngoại lệ và/hoặc cố gắng tìm loại thuốc mới. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng để biết thêm thông tin.

Bắt đầu từ năm 2025, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ các biệt dược hoặc sản phẩm sinh học ban đầu trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi nếu chúng tôi thay thế chúng bằng các loại thuốc gốc mới hoặc một số phiên bản tương tự sinh học nhất định của biệt dược hoặc sản phẩm sinh học ban đầu có cùng hoặc ít hạn chế hơn. Ngoài ra, khi thêm một phiên bản mới, chúng tôi có thể quyết định giữ thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học ban đầu trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, nhưng thêm các hạn chế mới.

Bắt đầu từ năm 2025, chúng tôi có thể ngay lập tức thay thế các sản phẩm sinh học ban đầu bằng một số sản phẩm thuốc tương tự sinh học nhất định. Điều này có nghĩa là, ví dụ như nếu quý vị đang dùng thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học sẽ được thay thế bằng phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học, quý vị có thể không nhận được thông báo về thay đổi 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện hoặc nhận được lượng thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học của quý vị trong một tháng tại một nhà thuốc trong mạng lưới. Nếu quý vị đang dùng thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay

đổi, chúng tôi vẫn sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện, nhưng thông báo đó có thể đến sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.

Một số loại thuốc này có thể mới đối với quý vị. Để biết định nghĩa về các loại thuốc được thảo luận trong chương này, vui lòng xem Chương 10 của Chứng từ Bảo hiểm của quý vị. Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) cũng cung cấp thông tin về thuốc cho người tiêu dùng. Xem trang web của FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng hoặc hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bác sĩ kê toa hoặc dược sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí Thuốc theo toa

Bắt đầu từ năm 2025, có ba **giai đoạn thanh toán thuốc**: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm, Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Giai đoạn Không được Bao trả và Chương trình Chiết khấu trong Giai đoạn Không được Bao trả sẽ không còn tồn tại trong quyền lợi Phần D.

Chương trình Chiết khấu trong Giai đoạn Không được Bao trả cũng sẽ được thay thế bằng Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất. Theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất, các nhà sản xuất thuốc trả một phần toàn bộ chi phí của chương trình cho các loại thuốc biệt dược và dược phẩm sinh học Phần D được bao trả trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Khoản chiết khấu do nhà sản xuất chi trả theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất không được tính vào chi phí xuất túi.

Thay đổi đối với Giai đoạn Khấu trừ

Giai đoạn	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm Trong giai đoạn này, quý vị chi trả toàn bộ chi phí thuốc Phần D của mình cho đến khi đạt đến mức khấu trừ hàng năm. Tiền khấu trừ không áp dụng 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.	Do hầu hết các hội viên của chúng tôi đều nhận được “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của họ nên Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho hầu hết các hội viên. Nếu quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung”, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị. Tiền khấu trừ là \$545.	Do hầu hết các hội viên của chúng tôi đều nhận được “Trợ giúp Bổ sung” về chi phí thuốc theo toa của họ nên Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho hầu hết các hội viên. Nếu quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung”, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị. Tiền khấu trừ là \$590.

Thay đổi đối với khoản chia sẻ chi phí của quý vị trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Giai đoạn 2: Giai đoạn Bao trả Ban đầu Sau khi chi trả khoản tiền khấu trừ hàng năm, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả phần chi phí của mình cho thuốc của quý vị và quý vị trả phần chi phí của mình. Chi phí trong hàng này dành cho lượng thuốc dùng trong một tháng (30 ngày) khi quý vị mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới có cung cấp khoản chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. Để biết thông tin về chi phí cho lượng thuốc dùng dài hạn hoặc thuốc theo toa đặt hàng qua đường bưu điện, hãy xem Chương 6, Phần 5 của <i>Chứng từ Bảo hiểm</i> của quý vị. Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được bao trả miễn phí cho quý vị.	Nếu quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để giúp chi trả cho chi phí thuốc theo toa của mình, quý vị sẽ không phải chi trả gì cho thuốc theo toa Phần D được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm QUEST (Medicaid), quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung. Chi phí của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: Quý vị trả 25% chi phí. Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này. Khi tổng chi phí thuốc của quý vị đạt tới \$5,030, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn Khoảng trống Bao trả)	Nếu quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để giúp chi trả cho chi phí thuốc theo toa của mình, quý vị sẽ không phải chi trả gì cho thuốc theo toa Phần D được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm QUEST (Medicaid), quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung. Chi phí của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: Quý vị trả 25% chi phí. Quý vị trả \$35 mỗi tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này. Sau khi đã thanh toán \$2,000 chi phí xuất túi cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương)

Thay đổi đối với Quyền lợi VBID Phần D

Trong năm 2025, quyền lợi VBID Phần D của quý vị sẽ không thay đổi. Nếu có bảo hiểm với QUEST Integration (Medicaid) thì quý vị sẽ không phải chi trả gì cho các loại thuốc theo toa Phần D được bao trả.

Thay đổi về Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương là giai đoạn thứ ba và cuối cùng. Bắt đầu từ năm 2025, các nhà sản xuất thuốc trả một phần toàn bộ chi phí của chương trình cho các loại thuốc biệt dược và dược phẩm sinh học Phần D được bao trả trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Khoản chiết khấu do nhà sản xuất chi trả theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất không được tính vào chi phí xuất túi.

Để biết thông tin cụ thể về chi phí của quý vị trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, hãy xem Chương 6, Phần 6 trong *Chứng từ Bảo hiểm* của quý vị.

PHẦN 2 Thay đổi Hành chính

Mô tả	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Cho phép trước Dịch vụ Dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện	Trong năm 2024, có thể cần phải có sự cho phép trước đối với các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện.	Trong năm 2025, không cần phải có sự cho phép trước đối với các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện.
D-SNP Tích hợp (Xem Chương 12 của EOC, <i>Định nghĩa các từ quan trọng</i>)	Định nghĩa này <u>không</u> được đưa vào <i>Chứng từ Bảo hiểm 2024</i> .	D-SNP bao trả cho Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm y tế duy nhất cho một số nhóm cá nhân đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này còn được gọi là các cá nhân đủ điều kiện kép hưởng toàn bộ quyền lợi. Vào năm 2025, <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> sẽ là một chương trình D-SNP Tích hợp.
Thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi (Xem Chương 12 của EOC, <i>Định nghĩa các từ quan trọng</i>)	Định nghĩa này <u>không</u> được đưa vào <i>Chứng từ Bảo hiểm 2024</i> .	Thuốc tương tự sinh học có thể được sử dụng thay thế cho một 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 liên quan đến khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.
Sản phẩm sinh học ban đầu (Xem Chương 12 của EOC, <i>Định nghĩa các từ quan trọng</i>)	Định nghĩa này <u>không</u> được đưa vào <i>Chứng từ Bảo hiểm 2024</i> .	Một sản phẩm sinh học đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt và đóng vai trò là mốc so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản tương tự sinh học. Nó còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

PHẦN 3 Quyết định Lựa chọn Chương trình nào

Phần 3.1 – Nếu quý vị tiếp tục tham gia *HMSA Akamai Advantage Dual Care*

Để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu không đăng ký một chương trình khác hoặc thay đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ tự động được đăng ký làm hội viên *HMSA Akamai Advantage Dual Care* của chúng tôi.

Phần 3.2 – Nếu muốn thay đổi chương trình

Chúng tôi hy vọng quý vị vẫn là hội viên vào năm tới nhưng nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2025, hãy làm theo các bước sau:

Bước 1: Tìm hiểu và so sánh các lựa chọn của quý vị

- Quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác,
- – *HOẶC* – Quý vị có thể chuyển sang Original Medicare. Nếu chuyển sang Original Medicare, quý vị sẽ cần quyết định xem có nên tham gia chương trình bảo hiểm thuốc Medicare hay không.

Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình bảo hiểm Medicare khác nhau, hãy sử dụng công cụ Medicare Plan Finder (www.medicare.gov/plan-compare), đọc sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2025*, gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (xem Phần 5), hoặc gọi cho Medicare (xem Phần 7.2).

Xin nhắc quý vị, Hiệp hội Dịch vụ Y tế Hawaii (HMSA) còn cung cấp các chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác. Những chương trình bảo hiểm khác này có thể khác nhau về phạm vi bảo hiểm, phí bảo hiểm hàng tháng và số tiền chia sẻ chi phí.

Bước 2: Thay đổi chương trình bảo hiểm của quý vị

- Để chuyển sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, hãy đăng ký tham gia chương trình mới. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.
- Để chuyển sang Original Medicare với chương trình thuốc theo toa, hãy đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm thuốc mới. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.
- Để chuyển sang Original Medicare mà không có chương trình thuốc theo toa, quý vị phải:
 - Gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu hủy ghi danh. Liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện.
 - – *HOẶC* – Liên hệ với Medicare, theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và **không** đăng ký tham gia chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể ghi danh cho quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị chọn không ghi danh tự động.

PHẦN 4 Thời hạn Thay đổi Chương trình

Nếu muốn chuyển sang một chương trình bảo hiểm khác hoặc Original Medicare cho năm tới, quý vị có thể thực hiện việc đó từ **nay đến ngày 31 tháng 12**. Thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2025.

Có thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi không?

Trong một số trường hợp nhất định, cũng được phép thay đổi vào những thời điểm khác trong năm. Ví dụ bao gồm những người có bảo hiểm Medicaid, những người nhận được “Trợ giúp Bổ sung” chi trả cho thuốc của họ, những người có hoặc sắp dừng tham gia bảo hiểm của hãng sở và những người chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ.

Do có QUEST (Medicaid) nên quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có các tùy chọn để ghi danh vào một chương trình Medicare khác bất kỳ tháng nào bao gồm:

- Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng,
- Original Medicare mà không đăng ký tham gia chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare (Nếu quý vị chọn lựa chọn này, Medicare có thể ghi danh cho quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị chọn không ghi danh tự động) hoặc
- Nếu hội đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp cho Medicare của quý vị và hầu hết hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Nếu quý vị đã đăng ký chương trình Medicare Advantage vào ngày 1 tháng 1 năm 2025 và không thích lựa chọn chương trình của mình, quý vị cũng có thể chuyển sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare) trong thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2025.

Nếu gần đây quý vị đã chuyển vào hoặc hiện đang sống trong một cơ sở (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi bảo hiểm Medicare của mình **bất kỳ lúc nào**. Quý vị có thể chuyển sang bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng) bất kỳ lúc nào. Nếu gần đây quý vị chuyển ra khỏi một cơ sở, quý vị có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong vòng hai tháng sau tháng quý vị chuyển ra khỏi cơ sở đó.

PHẦN 5 Các chương trình cung cấp tư vấn miễn phí về Medicare và Medicaid

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là một chương trình độc lập của chính phủ với các cố vấn được đào tạo ở mọi tiểu bang. Ở Hawaii, SHIP được gọi là Hawaii SHIP.

Đây là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên bang để cung cấp tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế địa phương cho những người có Medicare. Các cố vấn của Hawaii SHIP có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề về Medicare. Họ có thể giúp quý vị nắm được các lựa chọn chương trình

Medicare của mình cũng như giải đáp thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình. Quý vị có thể gọi Hawaii SHIP theo số (808) 5867299. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về Hawaii SHIP bằng cách truy cập trang web của họ (www.hawaiiiship.org).

Nếu có thắc mắc về các quyền lợi QUEST (Medicaid), hãy liên hệ với Phòng MedQUEST của Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawaii theo số (808) 5243370 trên Oahu hoặc 18003168005 từ các Đảo Lân cận và lục địa Hoa Kỳ, 7:45 sáng – 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, ngoại trừ các ngày lễ của Tiểu bang. Người dùng TTY xin gọi số 711. Hỏi việc tham gia một chương trình bảo hiểm khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến việc quý vị được bảo hiểm QUEST (Medicaid).

PHẦN 6 Các chương trình có trợ giúp chi trả thuốc theo toa

Quý vị có thể đủ điều kiện để được trợ giúp chi trả thuốc theo toa.

- **“Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare.** Vì có Medicaid nên quý vị đã được đăng ký “Trợ giúp Bổ sung”, còn được gọi là Trợ cấp Thu nhập Thấp. “Trợ giúp Bổ sung” chi trả một số phí bảo hiểm thuốc theo toa, tiền khấu trừ hàng năm và tiền đồng bảo hiểm của quý vị. Do đủ điều kiện nên quý vị không bị phạt ghi danh trễ. Nếu có thắc mắc về “Trợ giúp Bổ sung”, hãy gọi:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048, 24 giờ một ngày/ 7 ngày một tuần;
 - Văn phòng Sở An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213, từ 8:00 sáng đến 7:00 tối, thứ Hai đến thứ Sáu, để gặp một đại diện. Tin nhắn tự động hoạt động 24 giờ một ngày. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-325-0778; hoặc
 - Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị.
- **Hỗ trợ Chia sẻ Chi phí Thuốc theo toa cho người có HIV/AIDS.** Chương trình AIDS Drug Assistance Program (ADAP) giúp đảm bảo rằng những người đủ điều kiện hưởng ADAP nhiễm HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV cứu mạng sống. Các cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại Tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của Tiểu bang và tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm thấp. Thuốc theo toa Medicare Phần D cũng được ADAP bao trả đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua Chương trình HIV Drug Assistance Program (HDAP). Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả hoặc cách đăng ký tham gia chương trình, vui lòng gọi (808) 7339360 từ 7:45 sáng - 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các ngày lễ của Tiểu bang. Quý vị cũng có thể truy cập <https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/>.

PHẦN 7 Quý vị có câu hỏi?

Phần 7.1 – Nhận trợ giúp từ HMSA Akamai Advantage Dual Care

Quý vị có thắc mắc? Chúng tôi luôn sẵn lòng trợ giúp quý vị. Vui lòng gọi cho bộ phận Quan hệ khách hàng của chúng tôi theo số (808) 9486000, Tùy chọn 6 ở Oahu hoặc số điện thoại miễn cước 18006604672 từ các Đảo Lân cận và lục địa Hoa Kỳ. (Riêng TTY, vui lòng gọi 711.) Chúng tôi sẵn sàng nhận cuộc gọi từ 7:45 sáng đến 8:00 tối, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Quý vị cũng có thể đến văn phòng HMSA tại địa phương của mình. Xem bìa sau của tài liệu này để biết địa điểm và giờ làm việc của văn phòng HMSA.

Đọc Chứng từ Bảo hiểm 2025 của quý vị (tài liệu này có thông tin chi tiết về các quyền lợi và chi phí của năm tới)

Thông Báo Thay Đổi Thường Niên cung cấp cho quý vị thông tin tóm tắt về những thay đổi về quyền lợi và chi phí của quý vị cho năm 2025. Để biết chi tiết, hãy xem *Chứng từ Bảo hiểm 2025* cho HMSA Akamai Advantage Dual Care. *Chứng từ Bảo hiểm* là bản mô tả chi tiết, hợp pháp về các quyền lợi trong chương trình của quý vị. Nó giải thích các quyền lợi của quý vị và các quy định quý vị cần tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc theo toa được bao trả. Có bản sao *Chứng từ Bảo hiểm* trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.hmsa.com/advantage. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Chứng từ Bảo hiểm* qua đường bưu điện.

Truy cập trang web của chúng tôi

Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.hmsa.com/advantage. Xin nhắc lại, trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi (*Danh mục Nhà cung cấp*) và *Danh sách Thuốc được Bao trả* (*Danh Mục Thuốc*/"*Danh Sách Thuốc*") của chúng tôi.

Phần 7.2 – Nhận trợ giúp từ Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Truy cập trang web Medicare

Truy cập trang web Medicare (www.medicare.gov). Trang web có thông tin về chi phí, phạm vi bảo hiểm và Xếp hạng sao chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình bảo hiểm y tế Medicare. Để xem thông tin về các chương trình bảo hiểm, hãy truy cập www.medicare.gov/plan-compare.

Đọc Medicare & Quý vị năm 2025

Đọc sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2025*. Mỗi mùa thu, tài liệu này sẽ được gửi đến những người có bảo hiểm Medicare. Tài liệu này có bản tóm tắt về các quyền lợi, quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare cũng như câu trả lời cho các câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Nếu không có bản sao của tài liệu này, quý vị có thể lấy tài về tại trang web của Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Phần 7.3 – Nhận trợ giúp từ QUEST (Medicaid)

Để nhận thông tin về QUEST (Medicaid), quý vị có thể gọi cho Phòng MedQUEST của Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawaii theo số (808) 5243370 ở Oahu hoặc 18003168005 từ các Đảo Lân cận và lục địa Hoa Kỳ, 7:45 sáng – 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, ngoại trừ các ngày lễ của Tiểu bang. Người dùng TTY nên gọi 711 ở Oahu hoặc 711 từ các Đảo Lân cận.



HMSA Akamai Advantage (PPO)

Chứng từ Bảo hiểm 2025 **Bắt đầu có từ ngày 1 tháng 10 năm 2024**

Tìm hiểu về chương trình bảo hiểm y tế của quý vị

Xem chương trình bảo hiểm y tế của quý vị chi trả những dịch vụ gì và các chi tiết khác, bao gồm cách:

- Nhận các dịch vụ y tế.
- Thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.
- Liên hệ với chúng tôi, Medicare hoặc Sở An sinh Xã hội nếu quý vị có thắc mắc.

Xem trực tuyến

Truy cập hmsa.com/advantage. Trong Tài liệu Chương trình, nhấp vào chương trình của quý vị sau đó là Chứng từ Bảo hiểm. Chọn ngôn ngữ của quý vị.

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị bản sao qua đường bưu điện. Nhấp vào Yêu cầu bản cứng, điền vào biểu mẫu và nhấp vào Gửi.

Chứng từ Bảo hiểm 2024 sẽ có sẵn cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2024.

Quý vị không có máy tính? Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị *Chứng từ Bảo hiểm* qua đường bưu điện. Gọi cho chúng tôi hàng ngày, từ 7:45 sáng đến 8:00 tối.

- (808) 948-6000 hoặc 1 (800) 660-4672
- TTY: 711

Quý vị có thắc mắc? Hãy gọi cho chúng tôi và chúng tôi sẽ sẵn lòng trợ giúp quý vị.



HMSA Akamai Advantage (PPO)

Quý vị đang tìm một Bác sĩ?

Danh mục Nhà cung cấp 2025 sẽ có sẵn vào ngày 1 tháng 10 năm 2024.

Truy cập hmsa.com/advantage.

1. Nhấp vào Tìm Bác sĩ.
2. Trong phần Medicare, hãy chọn chương trình bảo hiểm của quý vị.
3. Nhấp vào Ghi nhớ chương trình của tôi rồi nhấp vào nút Tìm kiếm. Quý vị có thể tìm kiếm theo vị trí, chuyên khoa hoặc bệnh tật.

Nhận Danh mục Nhà cung cấp của chúng tôi. Quý vị có hai lựa chọn:

- **Xem trực tuyến.** Truy cập hmsa.com/advantage. Trong Tài liệu Chương trình, hãy nhấp vào chương trình của quý vị rồi nhấp vào Danh mục Nhà cung cấp. Chọn ngôn ngữ của quý vị.
- **Gọi cho chúng tôi để yêu cầu một bản in.** Gọi (808) 948-6000 hoặc 1 (800) 660-4672 hàng ngày, 7:45 sáng đến 8:00 tối. Người dùng TTY, vui lòng gọi 711.

Chúng tôi có thể gửi cho quý vị danh mục nhà cung cấp qua đường bưu điện cho:

- HMSA Akamai Advantage® (PPO)
- HMSA Akamai Advantage (PPO D-SNP)
- HMSA Akamai Advantage PPO Dental
- HMSA Akamai Advantage Routine Vision

Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao của danh mục **chương trình Silver&Fit® Healthy Aging & Exercise của HMSA**. Gọi cho chúng tôi và yêu cầu danh mục Silver&Fit. Chúng tôi rất vui được gửi cho quý vị một danh mục.

Các nhà cung cấp được liệt kê trong danh bạ của chúng tôi đều tham gia cùng HMSA. Tuy nhiên, hãy gọi cho nhà cung cấp để đảm bảo rằng họ nằm trong mạng lưới chương trình của quý vị để tiết kiệm được nhiều nhất.

Quý vị có thắc mắc? Nếu quý vị cần trợ giúp tìm nhà cung cấp, hãy gọi cho chúng tôi và chúng tôi sẽ sẵn lòng trợ giúp quý vị.

HMSA Akamai Advantage® là chương trình PPO có hợp đồng với Medicare. Ghi danh tham gia HMSA Akamai Advantage phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH). ASH là một tổ chức y tế chuyên khoa độc lập, cung cấp các chương trình và mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ xương khớp, mạng lưới và chương trình trung tâm thể dục cũng như các giải pháp chăm sóc sức khỏe thay mặt cho HMSA.



HMSA Akamai Advantage (PPO)

Danh sách Thuốc theo toa 2025 (Danh Mục Thuốc)

Tìm hiểu những loại thuốc mà chương trình của quý vị giúp chi trả

Lên mạng – thật nhanh chóng và dễ dàng!

Xem chi phí thuốc, tình trạng sẵn có và bất kỳ yêu cầu nào. **Danh sách thuốc cập nhật sẽ có từ ngày 1 tháng 10 năm 2024.**

Xem trực tuyến.

Truy cập hmsa.com/advantage. Trong Tài liệu Chương trình, nhấp vào chương trình bảo hiểm của quý vị rồi chọn Danh Sách Thuốc (Danh Mục Thuốc). Chọn ngôn ngữ của quý vị.

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị bản sao danh sách thuốc qua đường bưu điện. Nhấp vào Yêu cầu bản cứng, điền vào biểu mẫu và nhấp vào Gửi.

Quý vị không có máy tính?

Chúng tôi có thể gửi danh sách thuốc cho quý vị qua đường bưu điện. Gọi cho chúng tôi hàng ngày, từ 7:45 sáng đến 8:00 tối.

- (808) 948-6000 hoặc 1 (800) 660-4672
- TTY: 711

Quý vị có thắc mắc? Hãy gọi cho chúng tôi và chúng tôi sẽ sẵn lòng trợ giúp quý vị.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: وأهـ صـ لـ ابـ قـ لـ عـ تـ قـ لـ عـ ئـ سـ أـ يـ أـ نـ عـ ةـ بـ اـ جـ لـ لـ ةـ يـ نـ اـ جـ مـ لـ اـ يـ رـ وـ فـ لـ اـ مـ جـ رـ تـ مـ لـ اـ تـ مـ دـ خـ مـ دـ قـ نـ اـ نـ اـ نـ اـ يـ لـ عـ اـ نـ بـ لـ اـ صـ تـ اـ لـ اـ يـ وـ سـ كـ يـ لـ عـ سـ يـ لـ ،ـ يـ رـ وـ فـ مـ جـ رـ تـ مـ يـ لـ عـ لـ وـ صـ حـ لـ لـ .ـ اـ نـ يـ دـ لـ ةـ يـ وـ دـ أـ لـ لـ وـ دـ جـ ةـ مـ دـ خـ هـ ذـ هـ .ـ كـ تـ دـ عـ اـ سـ مـ بـ ةـ يـ بـ رـ عـ لـ اـ ثـ دـ حـ تـ يـ اـ مـ صـ خـ شـ مـ وـ قـ يـ سـ .ـ 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). ةـ يـ نـ اـ جـ مـ

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1 (800) 660-4672 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

HMSA Medicare Advantage Customer Relations

XIN GỌI	Số điện thoại miễn cước: (808) 948-6000 Tùy chọn 6 hoặc 1 (800) 660-4672 hàng ngày, 7:45 sáng – 8:00 tối. Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Bộ phận Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch 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 đến số điện thoại này được miễn cước.
FAX	(808) 948-6433
VIẾT THƯ	HMSA Medicare Advantage Customer Relations P.O. Box 860 Honolulu, HI 96808-0860
WEBSITE	hmsa.com/advantage
GHÉ THĂM	Giờ làm việc có thể thay đổi. Vui lòng truy cập hmsa.com/contact trước khi ghé thăm. Trung tâm HMSA có thời gian làm việc kéo dài vào buổi tối và cuối tuần Honolulu, Oahu 818 Keeaumoku St. Thứ Hai – Thứ Sáu, 8:00 sáng - 5:00 chiều Thứ Bảy, 9:00 sáng - 2:00 chiều Pearl City, Oahu Pearl City Gateway, 1132 Kuala St., Suite 400 Thứ Hai - Thứ Sáu, 9:00 sáng - 6:00 chiều Thứ Bảy, 9:00 sáng - 2:00 chiều Hilo, Hawaii Island Waiakea Center, 303A E. Makaala St. Thứ Hai - Thứ Sáu, 9:00 sáng - 6:00 chiều Thứ Bảy, 9:00 sáng - 2:00 chiều Kahului, Maui Puunene Shopping Center, 70 Hookele St. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng – 5:00 chiều Thứ Bảy, 9:00 sáng – 1:00 chiều Lihue, Kauai Kuhio Medical Center, 3-3295 Kuhio Highway, Suite 202 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng - 4:00 chiều.

Hawai'i SHIP

Hawai'i SHIP là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên bang để cung cấp tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế địa phương cho những người có Medicare.

XIN GỌI	Số điện thoại miễn cước: (808) 586-7299 hoặc 1 (888) 875-9229 Thứ Hai đến Chủ Nhật. Đây là đường dây trợ giúp được ghi âm sẵn. Các cuộc gọi sẽ được trả lời trong vòng năm ngày làm việc.
TTY	1 (866) 810-4379. 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.
VIẾT THƯ	Hawai'i SHIP Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 S. Hotel St., Suite 406 Honolulu, HI 96813-2831
WEBSITE	hawaiiiship.org

Tuyên bố Tiết lộ Thông tin PRA Theo Đạo luật Giảm bớt Công việc Giấy tờ năm 1995, không ai phải trả lời cho việc thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị 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 ý kiến hoặc gợi ý để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.