



Chứng từ Bảo hiểm



HMSA Akamai Advantage
Dual Care (PPO D-SNP)

2025

..... MedicareRx
Prescription Drug Coverage X

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

H3832_1150_8700_1062672_AA_Dual_Care_25_C

Ngày 1 tháng 1 – 31 tháng 12 năm 2025

Chứng từ Bảo hiểm:

Quyền lợi và Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe và Bảo hiểm Thuốc kê toa Medicare của quý vị với tư cách là Hội viên *HMSA Akamai Advantage® Dual Care (PPO D-SNP)*.

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về khoản bao trả chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025. Tài liệu này giải thích cách nhận khoản bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa mà quý vị cần. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng lưu giữ tài liệu này ở nơi an toàn.**

Nếu quý vị có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng theo số 1800-6604672. (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.

HMSA Akamai Advantage Dual Care do Hawai'i Medical Service Association (HMSA) cung cấp (*HMSA Akamai Advantage*). (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* này nhắc tới “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi”, điều đó có nghĩa là Hawai'i Medical Service Association (HMSA). Khi nhắc tới “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” thì có nghĩa là *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Ilocano, tiếng Việt, tiếng Trung (Phồn thể) và tiếng Hàn.

HMSA có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

Vui lòng liên hệ với chương trình nếu quý vị cần thông tin ở định dạng thay thế.

Các quyền lợi, phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và/hoặc tiền đồng thanh toán/tiền đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2026.

Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho những người ghi danh bị ảnh hưởng về những thay đổi ít nhất 30 ngày.

Tài liệu này giải thích các quyền lợi và quyền của quý vị. Sử dụng tài liệu này để hiểu về:

- Phí bảo hiểm chương trình và khoản chia sẻ chi phí của quý vị;
- Quyền lợi y tế và thuốc kê toa của quý vị;
- Cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị;
- Cách liên hệ với chúng tôi nếu quý vị cần hỗ trợ thêm; và,
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare.

Chứng từ Bảo hiểm 2025

Mục lục

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách hội viên	3
PHẦN 1 Giới thiệu	4
PHẦN 2 Điều gì khiến quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình?	5
PHẦN 3 Tài liệu hội viên quan trọng mà quý vị sẽ nhận được	7
PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i>	9
PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị	12
PHẦN 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị	15
PHẦN 7 Cách thức phối hợp các bảo hiểm khác với chương trình của chúng tôi	16
CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và tài nguyên quan trọng	19
PHẦN 1 Các thông tin liên hệ của <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cả cách liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng)	20
PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare của Liên Bang)	26
PHẦN 3 Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và giải đáp thắc mắc của quý vị về Medicare)	27
PHẦN 4 Tổ chức Cải tiến Chất lượng	28
PHẦN 5 An sinh Xã hội	29
PHẦN 6 Medicaid	30
PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp thanh toán chi phí thuốc kê toa	31
PHẦN 8 Cách liên hệ với Hội đồng Hưu trí Ngành Hòa xa	33
PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở không?	33
CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị	35
PHẦN 1 Những điều quý vị cần biết để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi	36
PHẦN 2 Sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trọng mạng lưới của chương trình để nhận chăm sóc y tế	37
PHẦN 3 Cách nhận các dịch vụ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa	41
PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ thì sao?	43
PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng?	44
PHẦN 6 Các quy tắc để nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	46
PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền	47
CHƯƠNG 4: Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)	49
PHẦN 1 Năm rõ chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ được bao trả	50
PHẦN 2 Sử dụng <i>Bảng Quyền lợi Y tế</i> để tìm hiểu những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả là bao nhiêu	51
PHẦN 3 Những dịch vụ nào không được chương trình bao trả?	100
CHƯƠNG 5: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D	105
PHẦN 1 Giới thiệu	106
PHẦN 2 Mua thuốc kê toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua bưu điện của chương trình	107
PHẦN 3 Thuốc của quý vị phải trong Danh Sách Thuốc của chương trình	111
PHẦN 4 Có những hạn chế nào đối với khoản bao trả cho một số loại thuốc	112
PHẦN 5 Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả thì sao?	114
PHẦN 6 Nếu bao trả của quý vị thay đổi đối với một trong các loại thuốc quý vị dùng thì sao?	116
PHẦN 7 Những loại thuốc nào không được chương trình bao trả?	118
PHẦN 8 Mua thuốc kê toa	119
PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong các trường hợp đặc biệt	119
PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	121
CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc kê toa Phần D	125
PHẦN 1 Giới thiệu	126
PHẦN 2 Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán thuốc nào khi quý vị nhận thuốc	128
PHẦN 3 Chúng tôi gửi cho quý vị báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và giai đoạn thanh toán hiện tại của quý vị	129
PHẦN 4 Trong Giai đoạn Khấu trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của mình	130

PHẦN 5	Trong Giai đoạn Bao trả Ban đầu, chương trình sẽ thanh toán phần chi phí thuốc của chương trình, còn quý vị thanh toán phần chi phí của mình	131
PHẦN 6	Trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ không phải chi trả gì cho chi phí thuốc Phần D được bao trả của quý vị	134
PHẦN 7	Vắc-xin Phần D. Số tiền quý vị phải chi trả tùy thuộc vào cách thức và địa điểm quý vị nhận được các loại vắc-xin	135
CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả.....		137
PHẦN 1	Các trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị....	138
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được	140
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đồng ý hoặc từ chối	142
CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị		145
PHẦN 1	Chương trình chúng tôi phải tôn trọng các quyền và đặc điểm văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên chương trình.....	146
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình	153
CHƯƠNG 9: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)		155
PHẦN 1	Giới thiệu	156
PHẦN 2	Nội nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân	156
PHẦN 3	Hiểu các khiếu nại và kháng nghị Medicare và Medicaid trong chương trình của chúng tôi.....	157
CÁC VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI CỦA QUÝ VỊ		157
PHẦN 4	Quyết định bao trả và kháng nghị	157
PHẦN 5	Hướng dẫn những điều cơ bản về quyết định bao trả và kháng nghị	158
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị một quyết định bao trả	161
PHẦN 7	Thuốc kê toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị	170
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm.....	178
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bao trả của quý vị kết thúc quá sớm	183
PHẦN 10	Nộp kháng nghị lên Cấp 3 và cấp cao hơn.....	186
PHẦN 11	Cách khiếu nại về phẩm chất chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác.....	189
CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình		195
PHẦN 1	Giới thiệu về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	196
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi?	196
PHẦN 3	Quý vị chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi bằng cách nào?	199
PHẦN 4	Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm, dịch vụ y tế và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi.....	200
PHẦN 5	<i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp	201
CHƯƠNG 11: Thông báo Pháp lý		203
PHẦN 1	Thông báo về luật điều chỉnh	204
PHẦN 2	Thông báo không phân biệt đối xử.....	204
PHẦN 3	Thông báo về việc hội viên không phải chịu trách nhiệm.....	205
PHẦN 4	Thông báo về thời những bên khác chịu trách nhiệm chi trả cho thương tích	205
PHẦN 5	Thông báo về các chính sách và thực hành quyền riêng tư của chúng tôi đối với thông tin tài chính cá nhân theo yêu cầu của pháp luật.....	206
PHẦN 6	Thông báo về quyền thế quyền của Bên trả tiền Thứ hai của Medicare.....	207
PHẦN 7	Thông báo về Thế quyền và Trách nhiệm của Bên thứ ba	207
PHẦN 8	Báo cáo về gian lận, lãng phí và lạm dụng.....	209
CHƯƠNG 12: Định nghĩa các thuật ngữ quan trọng		211

CHƯƠNG 1:

Bắt đầu với tư cách hội viên

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị ghi danh tham gia *HMSA Akamai Advantage Dual Care*, là một Medicare Advantage Plan chuyên biệt (Special Needs Plan)

Quý vị được cả Medicare và Medicaid bao trả:

- **Medicare** là chương trình bảo hiểm y tế Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Medicaid** là một chương trình hợp tác giữa chính quyền Liên bang và tiểu bang, giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid thay đổi tùy thuộc vào tiểu bang và loại Medicaid của quý vị. Một số người có bảo hiểm Medicaid được trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Những người khác cũng được bao trả cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Quý vị đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare và Medicaid và bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi, *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. Chúng tôi phải bao trả tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, khoản chia sẻ chi phí và quyền tiếp cận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình này khác với Original Medicare.

HMSA Akamai Advantage Dual Care là một Medicare Advantage Plan chuyên biệt (“Special Needs Plan” của Medicare), có nghĩa là các quyền lợi của chương trình được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* được thiết kế cho những người có Medicare và những người cũng có quyền được hỗ trợ từ Medicaid.

Bởi vì quý vị nhận được hỗ trợ từ Medicaid với khoản đồng thanh toán Medicare Phần A và B (các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm) nên quý vị có thể không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của mình. Medicaid cũng có thể cung cấp các quyền lợi khác cho quý vị bằng cách bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường không được Medicare bao trả. Quý vị cũng sẽ nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán cho chi phí thuốc theo toa Medicare của quý vị. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* sẽ giúp quản lý tất cả các quyền lợi này cho quý vị, để quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và khoản hỗ trợ thanh toán mà quý vị có quyền được hưởng.

HMSA Akamai Advantage Dual Care do một công ty tư nhân điều hành. Giống như tất cả các Medicare Advantage Plans, Special Needs Plan của Medicare này được Medicare phê duyệt. Chương trình cũng có hợp đồng với chương trình Hawaii Medicaid để điều phối các quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi hân hạnh được cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare và Medicaid của quý vị, bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị.

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.

Phần 1.2 Tài liệu Chứng từ Bảo hiểm nói về vấn đề gì?

Tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này cho quý vị biết cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa Medicare và Medicaid. Tài liệu này giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những gì được bao trả, những gì quý vị phải trả với tư cách là hội viên của chương trình và cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với quyết định hoặc phương pháp điều trị.

Các cụm từ *khoản bao trả* và *dịch vụ được bao trả* đề cập đến chăm sóc y tế và dịch vụ cùng với thuốc kê toa được cung cấp cho quý vị với tư cách là hội viên của *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.

Điều quan trọng là quý vị phải tìm hiểu các quy tắc của chương trình và các dịch vụ nào có sẵn cho quý vị. Chúng tôi khuyến khích quý vị dành một chút thời gian để xem qua tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này.

Nếu quý vị thấy bối rối, lo ngại hoặc đơn giản là có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Phần 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng từ Bảo hiểm

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

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng mà quý vị ghi danh vào *HMSA Akamai Advantage Dual Care* từ ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Mỗi năm dương lịch, Medicare cho phép chúng tôi thay đổi các chương trình mà chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi chi phí và quyền lợi của *HMSA Akamai Advantage Dual Care* sau ngày 31 tháng 12 năm 2025. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp chương trình hoặc cung cấp chương trình trong một khu vực dịch vụ khác, sau ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) phải phê duyệt *HMSA Akamai Advantage Dual Care* mỗi năm. Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare mỗi năm với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi miễn là chúng tôi chọn tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare gia hạn phê duyệt chương trình.

PHẦN 2 Điều gì khiến quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình?

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

Quý vị *hội đủ điều kiện* trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi với điều kiện là:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B

- -- và -- quý vị sống trong khu vực dịch vụ về mặt địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 dưới đây mô tả khu vực dịch vụ của chúng tôi). Các cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ đang ở trong đó.
- -- và -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
- -- và -- quý vị đáp ứng các yêu cầu đặc biệt về hội đủ điều kiện được mô tả dưới đây.

Các yêu cầu đặc biệt về hội đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của những người nhận được một số quyền lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là một chương trình hợp tác giữa chính quyền Liên bang và tiểu bang, giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.) Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện nhận các Quyền lợi Medicare và Medicaid Đầy đủ. Chương trình Medicaid của quý vị phải là HMSA QUEST.

Xin lưu ý: Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nhưng có thể dự kiến sẽ hội đủ điều kiện trở lại trong vòng sáu tháng theo lịch, thì quý vị vẫn hội đủ điều kiện để trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần 2.1 cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong thời gian được coi là tiếp tục hội đủ điều kiện).

Phần 2.2 Medicaid là gì?

Medicaid là một chương trình hợp tác giữa chính quyền Liên bang và Tiểu bang, giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được tính là thu nhập và nguồn lực, ai đủ điều kiện, những dịch vụ nào được bao trả và chi phí cho các dịch vụ. Các tiểu bang cũng có thể quyết định cách điều hành chương trình của họ miễn là họ tuân theo các hướng dẫn của Liên bang.

Ngoài ra, có các chương trình được cung cấp thông qua Medicaid giúp những người có Medicare thanh toán chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như Phí bảo hiểm Medicare. Các “Chương trình Tiết kiệm Medicare” này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi Medicaid (QMB+)).

Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của chương trình HMSA Akamai Advantage Dual Care

HMSA Akamai Advantage Dual Care chỉ dành cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Để duy trì tư cách hội viên chương trình chúng tôi, quý vị phải tiếp tục cư trú tại khu vực dịch vụ của chương trình. Khu vực dịch vụ được mô tả dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm tiểu bang Hawaii.

Nếu quý vị có kế hoạch chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình này. Vui lòng liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng để xem chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị hay không. Khi quý vị chuyển nhà, quý vị sẽ có một Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt cho

phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào một chương trình sức khỏe hoặc thuốc của Medicare có sẵn tại địa điểm mới của quý vị.

Điều quan trọng là quý vị phải gọi cho Sở An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Sở An sinh Xã hội ở Chương 2, Phần 5.

Phần 2.4 Công dân Hoa Kỳ hoặc Cư trú Hợp pháp tại Hoa Kỳ

Một hội viên của chương trình bảo hiểm Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho *HMSA Akamai Advantage Dual Care* nếu quý vị không đủ điều kiện tiếp tục là hội viên trên cơ sở này. *HMSA Akamai Advantage Dual Care* hủy ghi danh của quý vị khỏi chương trình nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Tài liệu hội viên quan trọng mà quý vị sẽ nhận được

Phần 3.1 Thẻ hội viên của quý vị

Trong khi quý vị là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ hội viên bất cứ khi nào quý vị nhận các dịch vụ được chương trình này bao trả và thuốc kê toa mà quý vị nhận tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng cần xuất trình thẻ Medicaid của mình cho nhà cung cấp đối với các dịch vụ chỉ được Medicaid bao trả. Dưới đây là mẫu thẻ hội viên để quý vị biết thẻ của mình sẽ như thế nào:

 Subscriber Name KIMO M ALOHA Subscriber ID XLLA000012345678 Effective Date 11/05/22 PLAN (80840) MEDICAL 696 RXBIN 004336 PART D 785 RXPCN MEDDADV RXGRP RX3982 RXID A000012345678 Generated 08-16-2022 	Akamai Advantage Dual Care (PPO D-SNP) Group M12462 MedicareRx Prescription Drug Coverage H3832 011 PCP JOHN MAHALO MD PCP Phone (808) 123-4567 DENTAL N11 VISION OMC CMPCARE S03 TPL [YES/NO]  	 Member: This is your Medicare plan and QUEST (Medicaid) identification card. Present it to the provider of health care when you receive services. Please call HMSA if you have questions regarding your benefits. Providers: This is a Medicare Advantage and QUEST member. QUEST is a state of Hawaii Medicaid Managed Care Program. Payment of benefits will be based on the patient's eligibility at the time services are received. Medicare limiting charges may apply. Submit claims to: HMSA-CLAIMS, P.O. Box 860, Honolulu, HI 96808-0860 This member has limited benefits outside of Hawaii. Services rendered out-of-state, mail claims to: The local Blue Cross and Blue Shield of the service area. For prescription drug benefit claims, mail to: Medicare Part D Claims, P.O. Box 52068, Phoenix, AZ 85072-2068	hmsa.com/advantage Customer Service and 24-Hour Nurseline: (808) 948-6000 or 1 (800) 660-4672 TTY 711 For care when traveling out of state, call BlueCard: 1 (800) 810-BLUE Pharmacy Help Desk: 1 (866) 693-4620 Blue Cross Blue Shield of Hawai'i 818 Keeaumoku St. Honolulu, HI 96814-2365 An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association Business hours: Seven days a week 7:45 a.m. to 8 p.m.
--	---	---	--

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

Nếu thẻ hội viên chương trình của quý vị bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Phần 3.2 **Danh mục Nhà cung cấp**

Danh mục Nhà cung cấp liệt kê những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc hiện tại cùng các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền trong mạng lưới của chúng tôi. Danh mục này cũng xác định những nhà cung cấp nào tham gia QUEST (Medicaid). Quý vị có thể gặp bất kỳ nhà cung cấp nào trong danh mục các dịch vụ được chương trình bao trả ngay cả khi họ không tham gia QUEST (Medicaid).

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi về việc chấp nhận thanh toán của chúng tôi và bất kỳ chia sẻ chi phí chương trình nào là việc thanh toán đầy đủ. **Các nhà thuốc trong mạng lưới** là tất cả các nhà thuốc đã đồng ý bán thuốc kê toa được bao trả cho các hội viên chương trình của chúng tôi.

Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ và chăm sóc y tế. Nếu quý vị đi nơi khác mà không có sự cho phép thích hợp, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí. Các ngoại lệ duy nhất là các trường hợp cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi không có mạng lưới (nghĩa là, trong các tình huống không hợp lý hoặc không thể có được các dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp trong đó *HMSA Akamai Advantage Dual Care* cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Danh sách nhà cung cấp mới nhất có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.hmsa.com/advantage. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà cung cấp*, quý vị có thể nhận một bản sao (bản mềm hoặc bản cứng) từ Bộ phận Quan hệ Khách hàng. Yêu cầu về Danh mục Nhà cung cấp bản cứng sẽ được gửi qua đường bưu điện cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Phần 3.3 **Danh sách Thuốc được Bao trả (Danh Mục Thuốc) của chương trình**

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Bao trả (Danh Mục Thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này cho biết các loại thuốc theo toa Phần D nào được đài thọ theo quyền lợi Phần D bao gồm trong *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự trợ giúp của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này phải đáp ứng các yêu cầu do Medicare đặt ra. Medicare đã phê duyệt Danh sách Thuốc *HMSA Akamai Advantage Dual Care*.

Danh sách Thuốc cũng cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy tắc nào hạn chế khoản bao trả cho thuốc của quý vị hay không.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bản sao Danh sách Thuốc. Để nhận thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về loại thuốc nào được bao trả, quý vị có thể truy cập trang web của chương trình (www.hmsa.com/advantage) hoặc gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho *HMSA Akamai Advantage Dual Care*

Chi phí của quý vị có thể bao gồm:

- Phí bảo hiểm của Chương trình (Phần 4.1)
- Phí bảo hiểm Medicare Phần B Hàng tháng (Phần 4.2)
- Tiền phạt ghi danh trễ Phần D (Phần 4.3)
- Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập (Phần 4.4)

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

Chương trình “Trợ giúp Bổ sung” giúp những người có nguồn lực hạn chế chi trả cho thuốc của họ. Chương 2, Phần 7 cho biết thêm về các chương trình này. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, việc ghi danh vào chương trình đó có thể giúp giảm phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.

Nếu quý vị *đã ghi danh* và nhận trợ giúp từ một trong những chương trình này, **thông tin về phí bảo hiểm trong *Chứng từ Bảo hiểm* này có thể không áp dụng cho quý vị**. Chúng tôi đã gửi kèm cho quý vị một phụ lục riêng có tên là điều khoản riêng của *Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người được nhận Trợ giúp Bổ sung để Thanh toán Thuốc theo toa* (còn được gọi là Điều khoản riêng về Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp hoặc Điều khoản riêng LIS), trong đó cho quý vị biết về các chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ lục này, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu cung cấp Điều khoản riêng LIS.

Phí bảo hiểm Medicare Phần B và Phần D khác nhau như thế nào đối với những người có thu nhập khác nhau. Nếu quý vị có thắc mắc về các phí bảo hiểm này, hãy xem lại bản sao sổ tay *Medicare & Quý vị 2025*, phần có tên là *Chi phí Medicare năm 2025*. Nếu cần, quý vị cũng có thể tải xuống từ trang web của Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). Hoặc quý vị có thể yêu cầu cung cấp bản in bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048.

Phần 4.1 Phí bảo hiểm của Chương trình

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. Những người có bảo hiểm Medicare và Medicaid tự động hội đủ điều kiện để nhận “Trợ giúp Bổ sung” và không phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng. Nếu quý vị tạm thời mất khả năng hội đủ điều kiện, quý vị sẽ chịu trách nhiệm chi trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng. Đối với năm 2025, phí bảo hiểm hàng tháng cho *HMSA Akamai Advantage Dual Care* là \$47.70.

Phần 4.2 Phí bảo hiểm Medicare Phần B Hàng tháng

Nhiều hội viên phải trả phí bảo hiểm Medicare khác

Là hội viên chương trình của chúng tôi, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 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.

Ngoài việc thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, một số hội viên được yêu cầu thanh toán các phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để hội đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì khả năng hội đủ điều kiện tham gia Medicaid cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên *HMSA Akamai Advantage Dual Care*, Medicaid thanh toán phí bảo hiểm Phần A của quý vị (nếu quý vị không tự động hội đủ điều kiện tham gia) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Medicaid không thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare để tiếp tục là hội viên của chương trình. Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A ảnh hưởng đến các hội viên không đủ điều kiện nhận phí bảo hiểm miễn phí Phần A.

Phần 4.3 Tiền phạt ghi danh trễ Phần D

Vì quý vị hội đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị duy trì khả năng hội đủ điều kiện kép của mình, nhưng nếu quý vị mất khả năng hội đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh trễ Phần D là khoản phí bảo hiểm bổ sung phải được thanh toán cho bảo hiểm Phần D nếu bất cứ lúc nào sau khi thời gian ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có một khoảng thời gian 63 ngày hoặc hơn liên tiếp mà quý vị không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn khác. Bảo hiểm thuốc theo toa đạt chuẩn là khoản bao trả đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì khoản này dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với khoản bao trả thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Số tiền phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc kê toa Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn khác. Quý vị sẽ phải trả khoản tiền phạt này khi quý vị có bảo hiểm Phần D.

Quý vị sẽ **không** phải trả tiền phạt nếu:

- Quý vị nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị.
- Quý vị đã trải qua dưới 63 ngày liên tiếp mà không có bảo hiểm đạt chuẩn.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc đạt chuẩn thông qua một nguồn khác như hãng sở cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ quan quản lý Sức khỏe Cựu chiến binh (VA). Công ty bảo hiểm hoặc phòng nhân sự sẽ cho quý vị biết mỗi năm nếu bảo hiểm thuốc của quý vị là bảo hiểm đạt chuẩn. Thông tin này có thể được gửi cho quý vị qua thư hoặc trong bản tin của chương trình. Lưu giữ thông tin này, vì quý vị có thể cần đến nếu sau này quý vị tham gia vào một chương trình thuốc của Medicare.
 - **Lưu ý:** Bất kỳ thông báo nào đều phải nêu rõ rằng quý vị bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn dự kiến sẽ chi trả nhiều như chương trình thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.
 - **Lưu ý:** Dưới đây là bảo hiểm thuốc kê toa *không phải* đạt chuẩn: thẻ giảm giá thuốc kê toa, khám tại phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc.

Medicare sẽ quyết định số tiền phạt. Dưới đây là cách thức Medicare xác định số tiền phạt:

- Trước tiên, đếm số tháng đầy đủ mà quý vị trì hoãn việc ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị đủ điều kiện ghi danh. Hoặc đếm số tháng đầy đủ mà quý vị không có khoản tín dụng bảo hiểm thuốc theo toa, nếu thời gian không có bảo hiểm là từ 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% cho mỗi tháng mà quý vị không có bảo hiểm đạt chuẩn. Ví dụ, nếu quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng, tiền phạt sẽ là 14%.
- Sau đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các chương trình bảo hiểm thuốc Medicare trên toàn quốc từ năm trước. Đối với năm 2025, phí bảo hiểm trung bình này là \$36.78.
- Để tính số tiền phạt hàng tháng của mình, quý vị nhân số phần trăm phạt và phí bảo hiểm trung bình hàng tháng và sau đó làm tròn xuống 10 xu gần nhất. Trong ví dụ này, con số sẽ là 14% nhân với \$36.78, tương đương với \$5.1492. Số tiền này được làm tròn thành \$5.15. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm hàng tháng cho người bị phạt vì ghi danh trễ Phần D**.

Có ba điều quan trọng cần lưu ý về khoản phạt ghi danh trễ Phần D hàng tháng này:

- Thứ nhất, **tiền phạt có thể thay đổi mỗi năm** vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi mỗi năm.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng miễn là quý vị ghi danh vào một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang nhận được quyền lợi Medicare, tiền phạt ghi danh trễ Phần D sẽ được tính lại khi quý vị bước sang tuổi 65. Sau tuổi 65, tiền phạt ghi danh trễ Phần D của quý vị sẽ chỉ dựa trên những tháng mà quý vị không có bảo hiểm sau thời gian ghi danh ban đầu cho tuổi vào Medicare.

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

Quan trọng: Không được dừng trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D trong khi quý vị đang chờ xem xét lại quyết định về hình phạt ghi danh trễ của mình. Nếu làm vậy, quý vị có thể bị hủy ghi danh do không thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình.

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

Một số hội viên có thể được yêu cầu thanh toán một khoản phụ phí, được gọi là Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập Phần D, còn được gọi là IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). Khoản phụ phí được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị như báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ hai năm trước. Nếu số tiền này cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về số tiền phụ trội mà quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, xin truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Nếu quý vị phải trả thêm một khoản tiền, Sở An sinh Xã hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết số tiền phụ trội đó là bao nhiêu. Số tiền phụ trội sẽ được giữ lại từ chi phiếu phúc lợi An sinh Xã hội, Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa hoặc Văn phòng Quản lý Nhân sự, bất kể quý vị thường trả phí bảo hiểm chương trình như thế nào, trừ khi phúc lợi hàng tháng của quý vị không

đủ để chi trả số tiền phụ trội còn nợ. Nếu chi phiếu phúc lợi của quý vị không đủ để chi trả khoản tiền phụ trội, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải thanh toán số tiền phụ trội cho chính phủ. Quý vị không thể thanh toán khoản này bằng phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình. Nếu quý vị không thanh toán số tiền phụ trội, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc kê toa.**

Nếu quý vị không đồng ý với việc đóng thêm tiền phụ trội, quý vị có thể yêu cầu Sở An sinh Xã hội xem xét lại quyết định. Để tìm hiểu thêm về cách làm điều này, hãy liên hệ với Sở An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

Phần 5.1 Có một số phương thức để quý vị có thể nộp phí bảo hiểm chương trình

Có bốn phương thức để quý vị có thể nộp phí bảo hiểm chương trình.

Phương thức 1: Thanh toán bằng séc, trực tiếp hoặc qua điện thoại

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trực tiếp cho chương trình của chúng tôi bằng tiền mặt, séc hoặc thẻ tín dụng. Quý vị có thể thanh toán trực tiếp bằng séc tại Neighborhood Center gần nhất. Chỉ có thể thực hiện thanh toán bằng tiền mặt trực tiếp tại các Neighborhood Center của chúng tôi. Cũng có thể gửi séc đến:

Hawai'i Medical Service Association
P.O. Box 29810
Honolulu, HI 968202210

Khoản tiền mặt, séc hoặc thanh toán bằng thẻ tín dụng của quý vị phải được nhận trước ngày thứ năm của tháng. Séc phải được thanh toán cho HMSA. Chúng tôi sẽ gửi hóa đơn cho quý vị hàng tháng. Để giúp chúng tôi xử lý thanh toán của quý vị kịp thời, vui lòng bao gồm cuống hóa đơn cùng với séc của quý vị và viết số ID hội viên của quý vị trên séc của quý vị.

Nếu quý vị đang gửi khoản thanh toán cho nhiều trương mục, vui lòng bao gồm cả cuống hóa đơn hoặc cả số ID hội viên và Số Trương mục nằm ở phía trên bên phải của bảng sao kê thanh toán phí bảo hiểm của quý vị với séc và hướng dẫn rõ ràng về số tiền quý vị muốn được ghi có vào mỗi trương mục với khoản thanh toán của mình. Nếu quý vị chọn dịch vụ thanh toán hóa đơn của ngân hàng (đôi khi được gọi là “thanh toán hóa đơn trực tuyến”), vui lòng đảm bảo rằng ngân hàng của quý vị bao gồm số ID hội viên và Số Trương mục trên séc. Chúng tôi chỉ có thể chấp nhận thanh toán cho một trương mục đối với mỗi séc nhận được nếu thanh toán bằng dịch vụ thanh toán hóa đơn.

Quý vị cũng có thể thanh toán hóa đơn của mình bằng cách gọi đến số điện thoại miễn cước của hệ thống thanh toán IVR trên hóa đơn của quý vị (1-855-613-9221). Quý vị sẽ có thể thanh toán bằng trương mục séc hoặc trương mục tiết kiệm của mình hoặc bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ. Để thanh toán qua điện thoại, quý vị sẽ cần Số Trương mục trên hóa đơn, số định tuyến và số trương mục của trương mục ngân hàng hoặc thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ mà quý vị dự định sử dụng.

Khi thanh toán qua điện thoại:

- Gọi số điện thoại miễn cước 1-855-613-9221; dịch vụ này hoạt động 24 giờ, 7 ngày trong tuần.
- Chỉ nhập phần cuối cùng của số trương mục bắt đầu bằng PPARA xuất hiện ở đầu hóa đơn của quý vị, bỏ qua các chữ cái và tất cả các số không ở đầu.

Ví dụ:

	Subscriber Number	Account Number
	A00003333333	PPARA0000123456
	STATEMENT DATE:	06/15/2023
	PAYMENT IS DUE BY:	07/05/2023

Không mất thêm phí khi sử dụng dịch vụ Thanh toán qua Điện thoại của chúng tôi!

Phương thức 2: Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm trực tiếp từ trương mục ngân hàng của mình

Hàng tháng, quý vị có thể tự động rút phí bảo hiểm từ trương mục séc hoặc trương mục tiết kiệm của ngân hàng của mình. Nếu quý vị hiện không rút phí bảo hiểm chương trình hàng tháng tự động rút từ trương mục ngân hàng của mình nhưng quý vị muốn làm như vậy, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên và hỏi về Dịch vụ Thanh toán Tự động của HMSA. Dịch vụ Thanh toán Tự động này chỉ khả dụng thông qua các ngân hàng nằm trong tiểu bang Hawaii.

Hoặc, chỉ cần hoàn thành biểu mẫu Thanh toán Tự động của HMSA Medicare Advantage Plans có tại www.hmsa.com/help-center/need-a-form/. Quá trình xử lý có thể mất đến 30 ngày. Khấu trừ tiền sẽ xảy ra vào ngày thứ năm hàng tháng hoặc ngày làm việc tiếp theo nếu ngày thứ năm rơi vào cuối tuần hoặc ngày lễ.

Phương thức 3: Quý vị có thể thiết lập dịch vụ thanh toán hóa đơn trực tuyến

Quý vị có thể đăng ký Trương mục của tôi bằng thẻ hội viên HMSA của mình. Trong Trương mục của tôi, quý vị có thể thiết lập VueBill để thực hiện thanh toán một lần hoặc thanh toán định kỳ. Vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.hmsa.com/Media/Default/documents/2500-50067-Vuebill-Guide-for-Individual-Members\(F\)\(S-F\).pdf](http://www.hmsa.com/Media/Default/documents/2500-50067-Vuebill-Guide-for-Individual-Members(F)(S-F).pdf) để biết thêm thông tin.

Đăng ký trên www.HMSA.com:

Mục Trương mục của tôi cho phép quý vị xem các yêu cầu bồi thường, cập nhật thông tin cá nhân và quản lý chương trình bảo hiểm y tế của mình một cách dễ dàng. Để ghi danh:

- Truy cập www.hmsa.com và nhập vào Đăng nhập Hội viên.
- Nhấp vào Tạo Trương mục và làm theo hướng dẫn.
- Quý vị sẽ cần số ID Người đăng ký từ thẻ hội viên HMSA và địa chỉ email hợp lệ để hoàn tất đăng ký. Để biết ví dụ về thẻ hội viên HMSA, vui lòng xem Chương 1, Phần 3.1.

Giảm thiểu thủ tục giấy tờ! Quý vị có tùy chọn lên lịch thanh toán một lần hoặc thiết lập thanh toán định kỳ. Quý vị cũng có thể nhận thông báo và hóa đơn được gửi qua email hoặc xem chúng trong mục Trương mục của tôi. Đây là dịch vụ hoàn toàn miễn phí dành cho hội viên HMSA và không tính thêm phí khi thanh toán trực tuyến.

Để đăng ký thanh toán tự động:

- Đăng nhập vào Trạng mục của tôi bằng địa chỉ Email và mật khẩu của quý vị
- Nhấp vào Hồ sơ và chọn Thanh toán Hóa đơn của tôi. Thao tác này sẽ hiển thị bản sao PDF của hóa đơn và lịch sử thanh toán của quý vị.
- Thêm hình thức thanh toán trên Trạng mục Thanh toán sử dụng Thẻ Ghi nợ, Thẻ Tín dụng, Trạng mục séc Hoa Kỳ hoặc Trạng mục tiết kiệm Hoa Kỳ.
- Sau đó, vào Thanh toán Tự động để lên lịch phương thức thanh toán nhằm thanh toán hóa đơn của quý vị vào ngày 1 hàng tháng.
- Quý vị có thể xem video này để biết tất cả những điều quý vị có thể thực hiện trực tuyến:
https://www.youtube.com/watch?v=_adJPXP-ZYc

Phương thức 4: Trích phí bảo hiểm chương trình từ séc An sinh Xã hội hàng tháng

Có thể mất hai tháng trở lên để bắt đầu khấu trừ tiền từ Sở An sinh Xã hội sau khi Sở An sinh Xã hội phê duyệt khoản khấu trừ. Trong hầu hết các trường hợp, nếu Sở An sinh Xã hội chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, khoản khấu trừ đầu tiên từ quyền lợi An sinh Xã hội của quý vị sẽ bao gồm tất cả phí bảo hiểm đến hạn từ điểm khấu trừ bắt đầu. SSA chỉ khấu trừ số tiền phí bảo hiểm của chương trình dưới \$300.

Thay đổi cách quý vị thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình. Nếu quý vị quyết định thay đổi phương thức thanh toán phí bảo hiểm chương trình, có thể mất tới ba tháng để phương thức thanh toán mới có hiệu lực. Trong khi chúng tôi đang xử lý yêu cầu về phương thức thanh toán mới, quý vị có trách nhiệm đảm bảo thanh toán đúng hạn phí bảo hiểm chương trình của quý vị. Để thay đổi phương thức thanh toán của quý vị, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản của quý vị tới:

HMSA
ATTN: Membership Services
P.O. Box 860
Honolulu, HI 968080860

Hoặc quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên của HMSA theo số (808) 9486174 ở Oahu hoặc 18007824672 miễn cước ở Quần đảo lân cận hoặc Lục địa Hoa Kỳ.

Nếu có các lựa chọn thanh toán khác trong năm, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Phải làm gì nếu quý vị gặp khó khăn trong việc thanh toán phí bảo hiểm chương trình

Khoản thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị đến hạn tại văn phòng của chúng tôi trước ngày thứ năm của tháng. Nếu chúng tôi chưa nhận được khoản thanh toán ghi danh trễ của quý vị trước ngày thứ 5 của tháng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho biết tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt nếu chúng tôi không nhận được khoản thanh toán phí bảo hiểm của quý vị trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị được yêu cầu trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D, quý vị phải trả tiền phạt để duy trì bảo hiểm thuốc kê toa của mình.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc thanh toán phí bảo hiểm đúng hạn, vui lòng liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng để xem chúng tôi có thể giới thiệu quý vị đến các chương trình trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm chương trình không.

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì quý vị không thanh toán phí bảo hiểm của chương trình, quý vị sẽ được bảo hiểm y tế theo Original Medicare. Miễn là quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung”

với chi phí thuốc theo toa của mình, quý vị sẽ tiếp tục được bao trả thuốc Phần D. Medicare sẽ ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc theo toa mới cho bảo hiểm Phần D của quý vị.

Vào thời điểm chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể vẫn nợ chúng tôi phí bảo hiểm mà quý vị chưa thanh toán. Trong tương lai, nếu quý vị muốn ghi danh lại vào chương trình của chúng tôi (hoặc chương trình khác mà chúng tôi cung cấp), quý vị sẽ phải trả số tiền quý vị nợ trước khi có thể ghi danh.

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã kết thúc tư cách hội viên của quý vị một cách sai trái, quý vị có thể khiếu nại (còn gọi là than phiền); xem Chương 9 để biết cách nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị gặp trường hợp khẩn cấp nằm ngoài tầm kiểm soát của quý vị và điều đó khiến quý vị không thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình, nếu còn nợ, trong thời gian ân hạn của chúng tôi, quý vị có thể khiếu nại. Đối với các khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định của mình. Chương 9, Phần 11 của tài liệu này cho biết cách khiếu nại hoặc quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số (808) 9486174 hoặc 18007824672, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Giờ chuẩn Hawaii, từ thứ Hai đến thứ Sáu. Người dùng TTY xin gọi số 711. Quý vị phải đưa ra yêu cầu của mình không muộn hơn 60 ngày theo lịch sau ngày tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

Phần 5.2 **Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị trong năm không?**

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

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, phần phí bảo hiểm mà quý vị phải trả có thể thay đổi trong năm. Điều này xảy ra nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ giúp Bổ sung” hoặc nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ giúp Bổ sung” trong năm. Nếu hội viên đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” cho chi phí thuốc kê toa của họ, chương trình “Trợ giúp Bổ sung” sẽ thanh toán một phần phí bảo hiểm hàng tháng của hội viên đó. Một hội viên không còn đủ điều kiện trong năm sẽ cần bắt đầu trả toàn bộ phí bảo hiểm hàng tháng của mình. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về chương trình “Trợ giúp Bổ sung” ở Chương 2, Phần 7.

PHẦN 6 **Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị**

Hồ sơ hội viên của quý vị lấy thông tin từ mẫu ghi danh, bao gồm địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Hồ sơ này cho biết phạm vi bảo hiểm cụ thể của chương trình bao gồm Nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc Chính của quý vị.

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và những nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình cần có thông tin chính xác về quý vị. **Những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới sẽ sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết những dịch vụ và thuốc nào được bao trả và số tiền chia sẻ phí tổn của quý vị.** Vì thế, điều rất quan trọng là quý vị phải giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết về những thay đổi sau đây:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị.

- Những thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ hãng sở của quý vị, hãng sở của vợ/chồng hoặc người chung sống không kết hôn của quý vị, bồi thường cho người lao động hoặc Medicaid).
- Nếu quý vị có bất kỳ khiếu nại nào về trách nhiệm pháp lý, chẳng hạn như khiếu nại về tai nạn ô tô.
- Nếu quý vị đã được đưa vào nhà điều dưỡng.
- Nếu quý vị được chăm sóc tại một bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực dịch vụ hoặc ngoài mạng lưới.
- Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (chẳng hạn như người chăm sóc) thay đổi.
- Nếu quý vị đang tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chương trình biết về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy).

Nếu bất kỳ thông tin nào trong số này thay đổi, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Một điều cũng quan trọng là quý vị phải liên hệ với Sở An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Sở An sinh Xã hội ở Chương 2, Phần 5.

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

Bảo hiểm khác

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin từ quý vị về bất kỳ khoản bao trả y tế hoặc bảo hiểm thuốc nào khác mà quý vị có. Đó là vì chúng tôi phải phối hợp các khoản bao trả khác mà quý vị có với các quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối hợp Quyền lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư liệt kê mọi khoản bao trả y tế hoặc bảo hiểm thuốc nào khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc kỹ thông tin này. Nếu đúng, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng. Quý vị có thể cần cung cấp số ID hội viên chương trình của mình cho các công ty bảo hiểm khác của quý vị (một khi quý vị đã xác nhận chương trình) để hóa đơn của quý vị được thanh toán chính xác và kịp thời.

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

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

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare sẽ là bên chi trả tiền đầu tiên.

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

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

- Bảo hiểm không kể bên có lỗi (bao gồm bảo hiểm ô tô)
- Trách nhiệm pháp lý (bao gồm bảo hiểm ô tô)
- Quyền lợi của bệnh phổi đen
- Bồi thường cho người lao động

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

CHƯƠNG 2:

Các số điện thoại và tài nguyên quan trọng

PHẦN 1	<i>Các thông tin liên hệ của HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cả cách liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng)
---------------	---

Phần 1.1	Cách liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng của chương trình chúng tôi
-----------------	---

Để được trợ giúp với các câu hỏi về yêu cầu thanh toán, hóa đơn hoặc thẻ hội viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư tới bộ phận Quan hệ Khách hàng của *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. Chúng tôi rất hân hạnh được trợ giúp quý vị.

Phương thức liên hệ	Bộ phận Quan hệ Khách hàng – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 9486000, tùy chọn 6 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18006604672 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Những số này hoạt động từ 7:45 sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần. Bộ phận Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
FAX	(808) 948-6433
VIẾT THƯ	HMSA Akamai Advantage Customer Relations P.O. Box 860 Honolulu, HI 968080860
TRANG WEB	www.hmsa.com/advantage

Phần 1.2	Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D của mình
-----------------	--

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc kê toa Phần D của quý vị. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị cho thuốc kê toa Phần D của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)*).

Phương thức liên hệ	Quyết định Bao trả cho Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 9486000, tùy chọn 6 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18006604672 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Những số này hoạt động từ 7:45 sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
FAX	(808) 9445611
VIẾT THU'	HMSA Akamai Advantage Medical Management P.O. Box 2001 Honolulu, HI 968052001
TRANG WEB	www.hmsa.com/advantage
Phương thức liên hệ	Quyết định Bao trả cho Thuốc kê toa Phần D – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	18554793659 đối với các quyết định tiêu chuẩn và nhanh, các trường hợp ngoại lệ về quản lý việc sử dụng và danh mục thuốc. Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
FAX	18556337673 hoặc sau giờ làm việc, hãy gọi đến số điện thoại miễn cước ở trên. Xin nhớ yêu cầu xem xét lại theo hình thức “nhanh”, “giải quyết nhanh” hoặc “24 giờ”.
VIẾT THU'	Medicare Coverage Determinations P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 850722000
TRANG WEB	www.hmsa.com/advantage

Phương thức liên hệ	Kháng nghị về Thuốc kê toa Phần D và Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN (TRONG GIỜ LÀM VIỆC)	Từ Oahu: (808) 9485090 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18004622085 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Các số điện thoại này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu.
GỌI ĐIỆN (SAU GIỜ LÀM VIỆC)	(808) 948-6483 Chỉ yêu cầu kháng nghị nhanh. Đây không phải là số của bộ phận Quan hệ Khách hàng. Cuộc gọi đến số điện thoại này không được miễn cước.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số điện thoại này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu hoặc sau giờ làm việc.
FAX	(808) 952-7546 Gửi fax đến địa chỉ: Điều phối viên Kháng nghị <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> .
EMAIL	appeals@hmsa.com
VIẾT THU'	HMSA Medicare Advantage Attention: Appeals Coordinator P.O. Box 1958 Honolulu, HI 968051958
TRANG WEB	www.hmsa.com/advantage

Phần 1.3	Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị nộp đơn khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa Phần D của quý vị
-----------------	---

Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc một trong những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp về khoản bao trả hoặc thanh toán. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị)*).

Phương thức liên hệ	Khiếu nại về Dịch vụ Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 9486000, tùy chọn 6 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18006604672 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Những số này hoạt động từ 7:45 sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
FAX	(808) 948-6433
VIẾT THƯ	HMSA Akamai Advantage Customer Relations P.O. Box 860 Honolulu, HI 968080860
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .
Phương thức liên hệ	Khiếu nại về thuốc theo toa Phần D – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-855-479-3659 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
VIẾT THƯ	CVS Caremark-Grievances P.O. Box 30016 Pittsburg, PA 15222-0330
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Phần 1.4	Nơi gửi yêu cầu đề nghị chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận
-----------------	--

Nếu quý vị đã nhận được hóa đơn hoặc thanh toán cho các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe) mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán cho nhà cung cấp. Xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*).

Xin lưu ý: Nếu quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 (*Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)*) để biết thêm thông tin.

Phương thức liên hệ	Yêu cầu Thanh toán về Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 9486000, tùy chọn 6 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18006604672 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Những số này hoạt động từ 7:45 sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
FAX	(808) 948-6433
VIẾT THƯ	HMSA-CLAIMS P.O. Box 860 Honolulu, HI 968080860
TRANG WEB	www.hmsa.com/advantage
Phương thức liên hệ	Yêu cầu Thanh toán về Thuốc theo toa Phần D – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-855-479-3659 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
VIẾT THƯ	Medicare Part D Paper Claim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 850722066
TRANG WEB	www.hmsa.com/advantage

	Quý vị có thể tải xuống biểu mẫu yêu cầu thanh toán từ trang web của chúng tôi tại www.hmsa.com/help-center/how-to-get-copies-of-the-drug-claim-form/ .
Phương thức liên hệ	Yêu cầu thanh toán về các vật dụng và dịch vụ Nhân khoa định kỳ – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 9486000, tùy chọn 6 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18006604672 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Những số này hoạt động từ 7:45 sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số này hoạt động từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.
VIẾT THU	First American Administrators, Inc. Attn: OON Claims PO Box 8504 Mason, OH 45040-7111
TRANG WEB	Quý vị có thể tải xuống biểu mẫu yêu cầu thanh toán tại www.eyemedonline.com/managed-vision-care/member-forms/out-of-network-claim# .

Phần 1.5 Cách liên hệ với bộ phận quản lý hồ sơ nếu quý vị đang gặp nhiều tình trạng bệnh lý phức tạp

Bộ phận quản lý trường hợp sẵn sàng giúp các hội viên và gia đình của họ, những người trải qua nhiều bệnh lý hoặc những bệnh lý phức tạp.

Mục tiêu của bộ phận quản lý trường hợp là cung cấp cho các hội viên quyền tiếp cận chăm sóc, dịch vụ và phối hợp chăm sóc để đạt được sức khỏe tối ưu hoặc khả năng được cải thiện. Thông qua quá trình hợp tác, người quản lý hồ sơ làm việc với các nhà cung cấp, thành viên gia đình, người quản lý hồ sơ cộng đồng và các cơ sở (bao gồm nhà điều dưỡng, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở chăm sóc cuối đời và nhà nuôi dưỡng) để điều phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và quyền lợi chương trình bảo hiểm y tế. Điều phối các dịch vụ và cung cấp quản lý hồ sơ cá nhân đảm bảo rằng các hội viên hiểu các lựa chọn của họ và có quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc tốt nhất có thể.

PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến bộ phận quản lý hồ sơ. Để biết thêm thông tin về chương trình quản lý hồ sơ, vui lòng gọi 1-855-329-5461, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, người dùng TTY gọi 711.

Phương thức liên hệ	Bộ phận Quản lý Hồ sơ – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-855-329-5461
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711

PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare của Liên Bang)

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (suy thận vĩnh viễn cần phải lọc máu hoặc ghép thận).

Cơ quan Liên Bang phụ trách Medicare là Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (đôi khi được gọi là CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage bao gồm cả chúng tôi.

Phương thức liên hệ	Medicare – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-MEDICARE hoặc 1-800-633-4227 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	1-877-486-2048 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước.
TRANG WEB	www.Medicare.gov Đây là trang web chính thức của chính phủ dành cho Medicare. Trang web cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang web cũng có thông tin về các bệnh viện, nhà điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia và các cơ sở lọc máu. Trang web này bao gồm các tài liệu quý vị có thể in trực tiếp từ máy tính của mình. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin liên hệ của Medicare tại tiểu bang của mình. Trang web của Medicare cũng có thông tin chi tiết về điều kiện hưởng Medicare của quý vị và các lựa chọn ghi danh với các công cụ sau: • Medicare Eligibility Tool: Cung cấp thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện của Medicare. • Medicare Plan Finder: Cung cấp thông tin cá nhân hóa về các chương trình thuốc kê toa Medicare sẵn có, các chương trình bảo hiểm y tế Medicare và các hợp đồng bảo hiểm Medigap (Medicare Supplement Insurance) trong khu vực của quý vị. Những công cụ này cung cấp <i>ước tính</i> về chi phí xuất túi của quý vị trong các chương trình Medicare khác nhau.

Phương thức liên hệ	Medicare – Thông tin Liên hệ
TRANG WEB (tiếp theo)	Quý vị cũng có thể sử dụng trang web để cho Medicare biết về bất kỳ khiếu nại nào quý vị có đối với <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i>: • Cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị: Quý vị có thể gửi khiếu nại về <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare. Nếu quý vị không có máy tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao tuổi có thể giúp quý vị truy cập trang web qua máy tính của họ. Hoặc, quý vị có thể gọi cho Medicare và cho họ biết quý vị đang tìm kiếm thông tin gì. Họ sẽ tìm thấy thông tin trên trang web và cùng quý vị xem xét thông tin. (Quý vị có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048).

PHẦN 3

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và giải đáp thắc mắc của quý vị về Medicare)

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

Hawaii SHIP là một chương trình độc lập (không kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào) 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.

Luật sư của Hawaii SHIP có thể giúp quý vị hiểu các quyền Medicare của mình, giúp quý vị khiếu nại về chăm sóc y tế hoặc điều trị và giúp quý vị giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của mình. Luật sư của Hawaii SHIP cũng có thể giúp quý vị giải đáp các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare cũng như 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.

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP và CÁC TÀI NGUYÊN KHÁC:

- Truy cập <https://www.shiphelp.org> (Nhấp vào SHIP LOCATOR ở giữa trang)
- Chọn TIỂU BANG của quý vị từ danh sách. Thao tác này sẽ đưa quý vị đến một trang có số điện thoại và tài nguyên dành riêng cho tiểu bang của quý vị.

Phương thức liên hệ	SHIP Hawaii – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 5867299 Từ các Đảo lân cận: 18888759229 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	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.
VIẾT THƯ	Hawaii SHIP Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 South Hotel St. Suite 406 Honolulu, HI 968132831
TRANG WEB	www.hawaiiiship.org

PHẦN 4 Tổ chức Cải tiến Chất lượng

Medicare có một Tổ chức Cải Tiến Chất Lượng được chỉ định để phục vụ những hội viên Medicare ở mỗi tiểu bang. Đối với Hawaii, Tổ chức Cải thiện Chất lượng là Livanta.

Livanta có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải tiến chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không liên quan đến chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên hệ với Livanta trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Quý vị có khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà quý vị đã nhận được.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị cho rằng khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) của quý vị kết thúc quá sớm.

Phương thức liên hệ	Livanta (Tổ chức Cải tiến Chất lượng của Hawaii) – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	18775881123 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số điện thoại này hoạt động từ Thứ Hai đến Thứ Sáu: 9:00 sáng – 5:00 chiều (giờ địa phương) Thứ Bảy/Chủ Nhật và Ngày lễ: 10:00 sáng – 4:00 chiều (giờ địa phương) Có dịch vụ thư thoại 24 giờ.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	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.
FAX	1-855-694-2929
TRANG WEB	www.livantaio.com/en/states/hawaii

PHẦN 5 An sinh Xã hội

Sở An sinh Xã hội chịu trách nhiệm xác định tính hội đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh cho Medicare. Công dân và thường trú nhân hợp pháp của Hoa Kỳ từ 65 tuổi trở lên, hoặc người bị khuyết tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai đoạn cuối và đáp ứng một số điều kiện nhất định, đủ điều kiện hưởng Medicare. Nếu quý vị đã nhận được séc An sinh Xã hội, việc ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu quý vị không nhận được séc An sinh Xã hội, quý vị phải ghi danh vào Medicare. Để nộp đơn tham gia Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An sinh Xã hội hoặc đến văn phòng Sở An sinh Xã hội tại địa phương của quý vị.

Sở An sinh Xã hội cũng có trách nhiệm xác định ai phải trả thêm tiền cho bảo hiểm thuốc Phần D của họ vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An sinh Xã hội cho biết quý vị phải trả thêm tiền và có thắc mắc về số tiền hoặc thu nhập của quý vị giảm xuống do một sự kiện làm thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi Sở An sinh Xã hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình, điều quan trọng là quý vị phải liên hệ với Sở An sinh Xã hội để cho họ biết.

Phương thức liên hệ	Sở An sinh Xã hội – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-772-1213 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Giờ làm việc: 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An sinh Xã hội để ghi lại thông tin và tiến hành một số hoạt động 24 giờ một ngày.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	1-800-325-0778 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước.

	Giờ làm việc: 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

Quý vị được cả Medicare và Medicaid bao trả. Medicaid là một chương trình hợp tác giữa chính quyền Liên bang và tiểu bang, giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

Các chương trình được cung cấp thông qua Medicaid giúp những người có Medicare thanh toán chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Các Chương trình Tiết kiệm Medicare này bao gồm:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi Medicaid (QMB+)).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B. (Một số người có SLMB cũng đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi Medicaid (SLMB+)).

Nếu quý vị có thắc mắc về sự hỗ trợ quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ với Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawai'i, Bộ phận MedQUEST.

Phương thức liên hệ	QUEST (Medicaid) (chương trình Medicaid của Hawaii) – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 5243370 Từ các Đảo lân cận và Lục địa Hoa Kỳ: 18003168005 Các số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của Tiểu bang.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	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.
FAX	Đối với Văn phòng Oahu: (808) 5873543
VIẾT THƯ	QUEST Hawaii Medicaid Program P.O. Box 3490 Honolulu, HI 96811-3490
TRANG WEB	www.medquest.hawaii.gov

Hawaii Medicaid Ombudsman giúp những người ghi danh vào Medicaid gặp các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn than phiền hoặc kháng nghị lên chương trình của chúng tôi. Hawaii Medicaid Ombudsman là Văn Phòng Hawaii State Medicaid Programs Ombudsman.

Phương thức liên hệ	Hawaii Medicaid Ombudsman – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	Từ Oahu: (808) 746-3324 Từ các Đảo lân cận: 1-888-488-7988 Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn cước. Các số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của Tiểu bang Hawaii.
VIẾT THƯ	hiombudsman@koanrisksolutions.com
TRANG WEB	www.himedicaidombudsman.com

LongTerm Care Ombudsman Program cung cấp thông tin cho mọi người về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa các viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình của họ.

Phương thức liên hệ	LongTerm Care Ombudsman Program – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	(808) 586-7268
VIẾT THƯ	john.mcdermott@doh.hawaii.gov
TRANG WEB	https://health.hawaii.gov/eoa/home/long-term-care-ombudsman-program/

PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp thanh toán chi phí thuốc kê toa

Trang web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có các chương trình khác để hỗ trợ, được mô tả dưới đây.

Chương trình “Trợ giúp Bổ sung” của Medicare

Vì quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị hội đủ điều kiện và đang nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị không cần phải làm gì thêm để nhận “Trợ giúp Bổ sung” này.

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 giờ sáng đến 7 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn phòng Medicaid Tiểu bang (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ).

Nếu quý vị tin rằng quý vị đang trả số tiền chia sẻ chi phí không chính xác khi quý vị nhận thuốc kê toa tại một nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có một quy trình để quý vị yêu cầu hỗ trợ để có được bằng chứng về mức đồng thanh toán phù hợp của quý vị, hoặc cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi, nếu quý vị đã có.

- Quý vị có thể liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng. Vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên hội viên, số ID hội viên, thông tin “Trợ giúp Bổ sung” (chẳng hạn như mức trợ cấp) và bất kỳ tài liệu bằng văn bản nào quý vị có liên quan đến “Trợ giúp Bổ sung” mà quý vị đủ điều kiện nhận. Các số điện thoại của Bộ phận Quan hệ Khách hàng nằm ở bìa sau của tài liệu này.
- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị sẽ chỉ trả đúng khoản đồng thanh toán của mình khi mua thuốc kê toa tiếp theo tại nhà thuốc. Nếu quý vị trả nhiều hơn khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị. Chúng tôi sẽ chuyển cho quý vị séc với số tiền quý vị thanh toán thừa hoặc chúng tôi sẽ bù trừ các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán từ quý vị và đang chuyển khoản đồng thanh toán đó như là khoản nợ của quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang đã thanh toán thay mặt quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng nếu quý vị có thắc mắc.

Nếu quý vị có Trợ giúp Bổ sung và bảo hiểm từ Chương trình AIDS Drug Assistance Program (ADAP) thì sao?

Chương trình AIDS Drug Assistance Program (ADAP) là gì?

Chương trình AIDS Drug Assistance Program (ADAP) giúp những người đủ điều kiện hưởng ADAP nhiễm HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV cứu mạng sống. Thuốc theo toa Medicare Phần D cũng nằm trong danh mục ADAP đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua Chương trình HIV Drug Assistance Program (HDAP).

Lưu ý: Để đủ điều kiện tham gia ADAP hoạt động tại Tiểu bang của quý vị, các 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. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ. Để biết thông tin về các tiêu chí đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi số:

Phương thức liên hệ	HIV Drug Assistance Program (HDAP) – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	(808) 733-9360 Số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của Tiểu bang.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của Tiểu bang.
VIẾT THƯ	Hawai'i State Department of Health Harm Reduction Services Branch 3627 Kilauea Avenue, Suite 306 Honolulu, HI 96816

TRANG WEB	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/
------------------	---

PHẦN 8 Cách liên hệ với Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa

Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa là một cơ quan độc lập của Liên bang quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho nhân viên đường sắt và gia đình của họ.

Nếu quý vị nhận được Medicare thông qua Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa, điều quan trọng là quý vị phải cho họ biết nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình từ Hội đồng Hưu trí ngành Hỏa xa, hãy liên hệ với cơ quan này.

Phương thức liên hệ	Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa – Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-877-772-5772 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Nếu quý vị nhấn số “0”, quý vị có thể nói chuyện với một đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3:30 chiều, thứ Hai, thứ Ba, thứ Năm và thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa thứ Tư. Nếu quý vị nhấn “1”, quý vị có thể truy cập Đường dây Trợ giúp RRB tự động và ghi lại thông tin 24 giờ mỗi ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	1-312-751-4701 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Cuộc gọi đến số điện thoại này <i>không</i> được miễn cước.
TRANG WEB	www.rrb.gov/

PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở không?

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc người chung sống không kết hôn của quý vị) nhận được quyền lợi từ hãng sở của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị) hoặc nhóm hưu trí như một phần của chương trình này, quý vị có thể gọi cho quản trị viên quyền lợi của hãng sở/công đoàn hoặc Bộ phận Quan hệ Khách hàng nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Quý vị có thể hỏi về quyền lợi sức khỏe, phí bảo hiểm hoặc giai đoạn ghi danh chương trình của hãng sở của quý vị (hoặc vợ/chồng quý vị hoặc người chung sống không kết hôn của quý vị) hoặc nhóm hưu trí. (Các số điện thoại của Bộ phận Quan hệ Khách hàng được in ở bìa sau của tài liệu này.) Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) nếu có thắc mắc liên quan đến bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa khác thông qua hãng sở của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị hoặc người chung sống không kết hôn của quý vị) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **quản trị viên quyền lợi của nhóm đó**. Quản trị viên quyền lợi có thể giúp quý vị xác định xem bảo hiểm thuốc kê toa hiện tại của quý vị sẽ phối hợp với chương trình của chúng tôi như thế nào.

CHƯƠNG 3:

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

PHẦN 1 Những điều quý vị cần biết để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả. Chương này nêu định nghĩa của các thuật ngữ và giải thích các quy tắc quý vị sẽ cần tuân theo để nhận được điều trị y tế, dịch vụ, thiết bị, thuốc kê toa và chăm sóc y tế khác mà chương trình bao trả.

Để biết thông tin chi tiết về dịch vụ chăm sóc y tế nào được chương trình của chúng tôi bao trả và số tiền quý vị phải trả khi nhận dịch vụ chăm sóc này, hãy sử dụng bảng quyền lợi trong chương tiếp theo, Chương 4 (*Bảng Quyền lợi Y tế, những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả*).

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

- **Nhà cung cấp** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được tiểu bang cấp phép để cung cấp các dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng bao gồm bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- Nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi về việc chấp nhận thanh toán của chúng tôi và số tiền chia sẻ chi phí chương trình của quý vị là một thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để những Nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Những nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi sẽ tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới, quý vị chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí của mình cho các dịch vụ được bao trả.
- Dịch vụ được bao trả bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, thiết bị và Thuốc kê toa được chương trình của chúng tôi bao trả. Các dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả của quý vị được liệt kê trong bảng quyền lợi ở Chương 4. Các dịch vụ được bao trả của quý vị cho thuốc kê toa được thảo luận trong Chương 5.

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

Là một chương trình bảo hiểm y tế của Medicare, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* phải bao trả tất cả các dịch vụ được Original Medicare bao trả.

HMSA Akamai Advantage Dual Care thường sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được bao gồm trong Bảng Quyền lợi Y tế của chương trình** (bảng này có trong Chương 4 của tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được được coi là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu, thiết bị hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.
- **Quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ theo Original Medicare.** Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý

vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm về điều này, hãy xem Phần 2 trong chương này).

- o **Danh mục Nhà cung cấp** liệt kê những nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tại <https://www.hmsa.com/advantage>.
- o Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả của quý vị có thể cao hơn.
- o Xin lưu ý: Mặc dù quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới, nhưng nhà cung cấp đó phải đủ điều kiện tham gia Medicare. Ngoại trừ chăm sóc cấp cứu, chúng tôi không thể chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không đủ điều kiện tham gia Medicare. Nếu quý vị thăm khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ quý vị nhận được. Kiểm tra với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị trước khi nhận các dịch vụ để xác nhận rằng họ đủ điều kiện tham gia Medicare.

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

Phần 2.1	Quý vị có thể chọn một Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị
-----------------	--

PCP là gì và PCP sẽ làm gì cho quý vị?

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) là bác sĩ cụ thể chăm sóc cơ bản và kiểm tra sức khỏe hàng năm của quý vị. PCP của quý vị được cấp phép hành nghề tại tiểu bang Hawaii và sẽ giới thiệu quý vị đến gặp bác sĩ chuyên khoa, khi cần thiết.

Có một PCP có nghĩa là có một người biết nhu cầu sức khỏe và bệnh sử của quý vị. Đó là một bác sĩ mà quý vị có thể hình thành mối quan hệ lâu dài với người hiểu điều gì là quan trọng đối với quý vị. Khi quý vị có một PCP mà quý vị biết và tin tưởng, quý vị có thể nói chuyện cởi mở về các mối quan ngại về sức khỏe của mình và các lần khám định kỳ, chăm sóc phòng ngừa và các phương pháp điều trị khác sẽ diễn ra suôn sẻ hơn.

Tôi có thể chọn loại bác sĩ nào làm PCP của mình?

PCP của quý vị có thể là bác sĩ hoặc bác sĩ điều trị. Bác sĩ điều trị là trợ lý bác sĩ PCP (PAPCP) hoặc y tá đã đăng ký hành nghề nâng cao (APRN).

Thông thường, các nhà cung cấp này điều trị trong các lĩnh vực:

- Bác sĩ Gia đình
- Đa khoa
- Nội khoa
- Sản phụ khoa

PCP của tôi có thể làm gì cho tôi?

PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và giúp quý vị sắp xếp hoặc điều phối bất kỳ dịch vụ được bao trả nào mà quý vị cần.

Các dịch vụ mà PCP của quý vị sẽ giúp điều phối:

- Chăm sóc theo dõi.
- Nhập viện.
- Thử nghiệm trong phòng lab.
- Bác sĩ trị liệu.
- Chăm sóc bởi bác sĩ chuyên khoa.
- Chụp X-quang.

Quý vị lựa chọn PCP của mình như thế nào?

Có một số cách quý vị có thể chọn PCP:

- Sử dụng công cụ tìm kiếm Find a Doctor tại www.hmsa.com/search/providers.
- Truy cập www.hmsa.com/advantage để xem và tải về *Danh mục Nhà cung cấp*. Tải xuống Danh mục “HMSA Akamai Advantage (PPO)”.
- Hãy gọi cho chúng tôi theo số bộ phận Quan hệ Khách hàng ở mặt sau của tài liệu này.
- Ghé thăm Trung tâm hoặc văn phòng HMSA gần nhất của quý vị. Địa điểm và giờ hoạt động có ở mặt sau của tài liệu này và trên www.hmsa.com/contact.

Nếu quý vị có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện yêu thích: Nếu quý vị muốn tiếp tục sử dụng những nhà cung cấp này, hãy kiểm tra xem PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị với họ hay không.

Thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, bất cứ lúc nào. Ngoài ra, có khả năng PCP của quý vị sẽ rời khỏi mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ phải tìm một PCP mới trong chương trình của chúng tôi nếu không quý vị sẽ phải trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ được bao trả.

Hãy gọi đến số điện thoại của bộ phận Quan hệ Khách hàng ở mặt sau của tài liệu này nếu quý vị cần trợ giúp tìm một PCP mới. Sau khi quý vị gọi để thay đổi PCP của mình, quý vị có thể bắt đầu gặp PCP mới của mình ngay lập tức.

Lời khuyên: Khi quý vị gọi cho chúng tôi, hãy cung cấp cho chúng tôi tên của các bác sĩ chuyên khoa quý vị đang thăm khám hoặc các dịch vụ quý vị đang nhận được, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc thiết bị y tế. Chúng tôi sẽ giúp đảm bảo rằng quý vị có thể tiếp tục thăm khám với những nhà cung cấp này hoặc nhận các dịch vụ quý vị cần. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ hội viên HMSA mới có thông tin của PCP mới của quý vị. Quý vị nên thu xếp để gửi hồ sơ bệnh án của quý vị từ các nhà cung cấp khác cho PCP mới của quý vị. Chương 11 (*Thông báo Pháp lý*) giải thích cách chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân và hồ sơ bệnh án của quý vị.

Phần 2.2 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và những nhà cung cấp trong mạng lưới khác

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể. Có rất nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Đây là vài ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân mắc bệnh tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân bị một số tình trạng nhất định về xương, khớp hoặc cơ.

Nếu quý vị cần chăm sóc chuyên khoa, PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới. Vì quý vị không cần giấy giới thiệu, quý vị có thể chọn bác sĩ chuyên khoa của riêng mình trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi.

Ai sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của tôi?

PCP của quý vị sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị và tham khảo ý kiến của các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa khác trong nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị. PCP của quý vị cũng có thể giúp quý vị làm các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và nhận tiếp liệu y tế.

Cho phép trước là gì?

Trong một số trường hợp, quý vị có thể cần sự chấp thuận trước của HMSA để quý vị nhận được một số dịch vụ hoặc tiếp liệu nhất định. Đây được gọi là cho phép trước. PCP của quý vị, bác sĩ chuyên khoa hoặc Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế có trách nhiệm xin phép trước từ HMSA. Xem Chương 4, Phần 2.1 để tìm hiểu những dịch vụ nào cần được cho phép trước.

Lời khuyên: Chọn nhà cung cấp trong mạng lưới để giúp quý vị tiết kiệm tiền. Các nhà cung cấp này có thỏa thuận với chúng tôi để tính mức phí thương lượng. Nếu quý vị chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả có thể cao hơn.

Điều gì xảy ra nếu một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới khác rời khỏi chương trình của chúng tôi?

Chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) và các nhà thuốc là một phần trong chương trình bảo hiểm của quý vị trong năm. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình của quý vị, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận không bị gián đoạn với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có trình độ.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc dịch vụ sóc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã khám nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó trong vòng ba năm qua.

- Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã khám họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị trong việc lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới đủ điều kiện mới mà quý vị tiếp cận để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị đang được điều trị hoặc trị liệu y tế với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được tiếp tục.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau dành cho quý vị và các tùy chọn quý vị có thể có để thay đổi chương trình.
- Chúng tôi sẽ sắp xếp bất kỳ quyền lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế nào ngoài mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, nhưng với khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới, chẳng hạn như PCP của quý vị, có thể yêu cầu cho phép trước để chúng tôi có thể bao trả dịch vụ với khoản đồng thanh toán trong mạng lưới.
- Nếu quý vị phát hiện bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình rời khỏi chương trình, vui lòng liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi chưa cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện thay thế cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước đó hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho QIO, than phiền về chất lượng chăm sóc cho chương trình hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

Làm cách nào để tiếp cận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ?

Là một hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, đó là dịch vụ chăm sóc trong đó bệnh nhân và gia đình làm trung tâm, tối ưu hóa chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, ngăn ngừa và điều trị đau đớn, thông qua quyền lợi *Chăm sóc hỗ trợ* tùy thuộc vào khả năng hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị nên làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ/chăm sóc cuối đời để thảo luận về cách chăm sóc giảm nhẹ có thể tích hợp với kế hoạch điều trị của quý vị. Để biết thông tin về quyền lợi *Chăm sóc Hỗ trợ*, hãy xem Chương 4, Phần 2.1 (*Bảng Quyền lợi Y tế, các dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải thanh toán*).

Phần 2.3 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn nhận dịch vụ chăm sóc từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng các nhà cung cấp không ký hợp đồng với chúng tôi không có nghĩa vụ điều trị cho quý vị, ngoại trừ trong các tình huống khẩn cấp. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả các dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới, miễn là các dịch vụ này là các quyền lợi được bao trả và cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, **nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả của quý vị có thể cao hơn.** Dưới đây là những điều quan trọng khác cần biết về việc sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới:

- Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới, nhưng trong hầu hết trường hợp, nhà cung cấp đó phải đủ điều kiện tham gia Medicare. Ngoại

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

trừ chăm sóc cấp cứu, chúng tôi không thể chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không đủ điều kiện tham gia Medicare. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ quý vị nhận được. Kiểm tra với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị trước khi nhận các dịch vụ để xác nhận rằng họ đủ điều kiện tham gia Medicare.

- Quý vị không cần phải có thư giới thiệu hoặc giấy cho phép trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Tuy nhiên, trước khi nhận các dịch vụ từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị có thể muốn yêu cầu quyết định bao trả trước lần khám để xác nhận rằng các dịch vụ quý vị đang nhận được bao trả và cần thiết về mặt y tế. (Xem Chương 9, Phần 4 để biết thông tin về việc yêu cầu quyết định bao trả). Điều này rất quan trọng vì:
 - Nếu không có quyết định bao trả trước khi thăm khám, nếu sau đó chúng tôi xác định rằng các dịch vụ không được bao trả hoặc không cần thiết về mặt y tế, chúng tôi có thể từ chối bao trả và quý vị sẽ chịu trách nhiệm về toàn bộ chi phí. Nếu chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không bao trả cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị quyết định không bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó của chúng tôi. Xem Chương 9 (*Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại*) để tìm hiểu cách kháng nghị.
- Tốt nhất là yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới lập hóa đơn cho chương trình trước. Tuy nhiên, nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả. Hoặc nếu một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể gửi hóa đơn đó cho chúng tôi để thanh toán. Xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần hóa đơn mà quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc men được bao trả*) để biết thông tin về những việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc nếu quý vị cần yêu cầu bồi hoàn.
- Nếu quý vị đang sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới để chăm sóc cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc lọc máu ngoài khu vực, quý vị có thể không phải trả khoản chia sẻ chi phí cao hơn. Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về những tình huống này.

PHẦN 3 Cách nhận các dịch vụ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trong thời gian xảy ra thảm họa

Phần 3.1 Nhận chăm sóc nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là gì và quý vị nên làm gì nếu gặp phải tình huống này?

Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để không bị mất mạng, (và mất thai nếu quý vị là phụ nữ đang mang thai), mất một chi hoặc chức năng của một chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc một tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Hãy yêu cầu trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 để được trợ giúp hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Hãy gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị *không* cần phải được chấp thuận hay giới thiệu trước từ PCP của mình. Quý vị không cần phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị

Có thể nhận dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp được bao trả bất cứ khi nào quý vị cần, bất cứ nơi nào ở Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, và từ bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Những dịch vụ được bao trả nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế?

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

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

Sau khi tình trạng khẩn cấp kết thúc, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo tình trạng của quý vị tiếp tục ổn định. Bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi bác sĩ của quý vị liên hệ với chúng tôi và lập kế hoạch chăm sóc bổ sung. Nếu dịch vụ chăm sóc của quý vị yêu cầu cho phép trước, PCP của quý vị sẽ làm việc với chúng tôi để được phê duyệt dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc theo dõi từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới cao hơn.

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

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

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

- Quý vị đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc bổ sung.
- – *hoặc* – Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là “dịch vụ cần thiết khẩn cấp” và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận được các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này (để biết thêm thông tin về điều này, hãy xem Phần 3.2 bên dưới).

Phần 3.2 Nhận chăm sóc khi quý vị cần dịch vụ khẩn cấp

Dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì?

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 việc tìm kiếm dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng với quý vị là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được, hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. 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.

Một số dịch vụ cần thiết khẩn cấp trong mạng lưới cũng có thể được truy cập qua nền tảng Online Care của HMSA tại: <https://hmsaonlinecare.com>. Xem Chương 4 (*Bảng Quyền lợi Y tế, các dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải thanh toán*) để biết thêm thông tin về Online Care của HMSA. Quý vị cũng có thể liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng (số điện thoại nằm ở bìa sau của tài liệu này).

Chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác để chăm sóc bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Phần 3.3 Nhận chăm sóc trong thời gian xảy ra thảm họa

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

Vui lòng truy cập trang web sau đây: www.hmsa.com/advantage để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thời gian xảy ra thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới trong một thảm họa, chương trình của quý vị sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới với khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong thời gian xảy ra thảm họa, quý vị có thể mua thuốc kê toa tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin.

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

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả

Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chi phí của mình cho các dịch vụ được bao trả, hoặc nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được bao trả, hãy xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*) để biết thông tin về những việc cần làm.

Phần 4.2 Quý vị nên làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả?

HMSA Akamai Advantage Dual Care bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ.

Đối với các dịch vụ được bao trả có giới hạn quyền lợi, quý vị cũng sẽ thanh toán toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được sau khi quý vị đã sử dụng quyền lợi của mình cho loại dịch vụ được bao trả đó. Bất kỳ chi phí nào liên quan đến các dịch vụ mà quý vị đã nhận được sau khi quý vị đã đạt đến giới hạn quyền lợi của mình sẽ không được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị.

PHẦN 5 **Các dịch vụ y tế của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng?**

Phần 5.1 **Nghiên cứu khảo sát lâm sàng là gì?**

Một nghiên cứu khảo sát lâm sàng (còn được gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là cách các bác sĩ và nhà khoa học thử nghiệm các loại chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như hiệu quả của một loại thuốc trị ung thư mới. Một số nghiên cứu lâm sàng nhất định được Medicare phê duyệt. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu.

Sau khi Medicare phê duyệt nghiên cứu, và quý vị bày tỏ sự quan tâm, một người làm việc trong nghiên cứu sẽ liên lạc với quý vị để giải thích thêm về nghiên cứu và xem liệu quý vị có đáp ứng các yêu cầu do các nhà khoa học đang điều hành nghiên cứu đặt ra hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu và quý vị có hiểu biết đầy đủ cũng như đồng ý những vấn đề liên quan nếu quý vị tham gia nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được trong khuôn khổ nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ chịu trách nhiệm về khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Ví dụ, nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn, nếu quý vị đã thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần cung cấp tài liệu để cho chúng tôi biết quý vị đã thanh toán bao nhiêu. Khi quý vị đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể tiếp tục ghi danh vào chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận được các dịch vụ chăm sóc còn lại của quý vị (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị không cần cho chúng tôi biết hoặc xin phê duyệt từ chúng tôi hoặc PCP của quý vị. Những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị như một phần của cuộc nghiên cứu lâm sàng không cần phải là một phần trong mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chương trình chúng tôi. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm bao gồm, như một thành phần, một thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi. Những quyền lợi này bao gồm một số quyền lợi nhất định được quy định theo các quyết định bao trả quốc gia yêu cầu bao trả với các nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCD-CED) và thiết bị được cấp phép cho nghiên cứu (IDE) và có thể phải có giấy cho phép trước và tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Mặc dù quý vị không cần xin phép chương trình của chúng tôi để tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare bao trả cho những người ghi danh tham gia Medicare Advantage, chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo trước cho chúng tôi khi quý vị chọn tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện của Medicare.

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

Phần 5.2 Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng, các dịch vụ sẽ được chi trả như thế nào?

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

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

Sau khi Medicare đã thanh toán phần chi phí của mình cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán khoản chênh lệch giữa khoản chia sẻ chi phí trong Original Medicare và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ trả cùng một khoản tiền cho các dịch vụ mà quý vị nhận được như là một phần của nghiên cứu giống như khi quý vị nhận được các dịch vụ này từ chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, quý vị phải nộp tài liệu cho thấy quý vị đã chi trả bao nhiêu tiền chia sẻ chi phí. Vui lòng xem Chương 7 để biết thêm thông tin về cách gửi yêu cầu thanh toán.

Đây là ví dụ về cách áp dụng chia sẻ chi phí: Giả sử quý vị thực hiện một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm với chi phí \$100 như một phần của nghiên cứu. Cũng giả sử rằng phần chi phí của quý vị cho xét nghiệm này là \$20 theo Original Medicare, nhưng xét nghiệm này sẽ là \$10 theo quyền lợi của chương trình chúng tôi. Trong trường hợp này, Original Medicare sẽ thanh toán \$80 cho xét nghiệm và quý vị sẽ thanh toán khoản đồng thanh toán \$20 theo yêu cầu của Original Medicare. Sau đó, quý vị sẽ thông báo cho chương trình của mình rằng quý vị đã nhận được dịch vụ thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện và gửi tài liệu, chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cho chương trình. Sau đó chương trình sẽ trực tiếp thanh toán cho quý vị \$10. Do đó, khoản thanh toán ròng của quý vị là \$10, cùng số tiền quý vị sẽ trả theo các quyền lợi của chương trình chúng tôi. Xin lưu ý rằng để nhận được khoản thanh toán từ chương trình của quý vị, quý vị phải gửi tài liệu cho chương trình của mình, chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu khảo sát lâm sàng, cả Medicare và chương trình của chúng tôi sẽ **không chi trả cho bất kỳ dịch vụ nào sau đây:**

- Nói chung, Medicare sẽ *không* thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang xét nghiệm trừ khi Medicare sẽ bao trả cho vật dụng hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị *không* tham gia nghiên cứu.
- Các vật dụng hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu và không được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe trực tiếp của quý vị. Ví dụ, Medicare sẽ không thanh toán cho các lần chụp CT hàng tháng được thực hiện trong khuôn khổ nghiên cứu nếu tình trạng y tế của quý vị thường chỉ yêu cầu chụp CT một lần.
- Các vật dụng và dịch vụ do nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp theo thông lệ miễn phí cho bất kỳ người ghi danh nào vào thử nghiệm.

Quý vị có muốn tìm hiểu thêm không?

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng bằng cách truy cập trang web Medicare để đọc hoặc tải về ấn phẩm *Medicare và Nghiên Cứu Lâm Sàng*. (Ấn phẩm có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Quý vị cũng 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.

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

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

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

Phần 6.2 Nhận Chăm sóc từ Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Tôn giáo Phi Y tế

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

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

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

- Cơ sở chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Khoản bao trả của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ quý vị nhận được giới hạn ở các khía cạnh chăm sóc phi tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận dịch vụ từ tổ chức này mà được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở, các điều kiện sau đây sẽ được áp dụng:
 - Quý vị phải có bệnh trạng cho phép quý vị nhận được các dịch vụ được bao trả đối với chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
 - và – quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi được nhận vào cơ sở đó nếu không thời gian quý vị ở lại sẽ không được bao trả.

Phạm vi bảo hiểm của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ phi tôn giáo mà quý vị nhận được với tư cách là bệnh nhân nội trú tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế cũng giống như phạm vi bảo hiểm nội

trú tại bệnh viện. Xem bảng quyền lợi trong Chương 4, *Chăm sóc nội trú tại bệnh viện*, để biết thêm thông tin.

PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền

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

Thiết bị y tế lâu bền (Durable medical equipment, DME) bao gồm các vật dụng như thiết bị và tiếp liệu oxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm chạy điện, nạng, tiếp liệu tiêu đường, thiết bị tạo âm ngữ, máy bơm truyền tĩnh mạch, máy xông khí dung và giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu sử dụng tại nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật phẩm nhất định, chẳng hạn như bộ phận giả. Trong phần này, chúng tôi sẽ bàn thảo về các loại DME khác mà quý vị phải thuê.

Trong chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME được sở hữu thiết bị sau khi trả tiền đồng thanh toán cho thiết bị đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, với tư cách là hội viên của *HMSA Akamai Advantage Dual Care*, quý vị không thể có quyền sở hữu các vật dụng DME đã thuê bất kể quý vị đã trả bao nhiêu khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó trong khi là hội viên của chương trình chúng tôi, ngay cả khi quý vị đã thanh toán tối đa 12 lần liên tiếp cho vật dụng DME theo Original Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi. Quyền sở hữu DME sẽ do HMSA quyết định. Ví dụ bao gồm, nhưng không giới hạn ở những điều sau:

Các vật dụng thiết bị y tế lâu bền mà hội viên sở hữu ngay lập tức:

- Bộ phận giả và Dụng cụ chỉnh hình
- Khung tập đi
- Vật dụng tiếp liệu

Các thiết bị y tế lâu bền sẽ có quyền sở hữu được chuyển giao sau thời gian thuê do Medicare xác định là 13 tháng liên tiếp:

- Xe lăn
- Giường bệnh
- Bơm insulin
- Thiết bị PAP

Các vật dụng thiết bị y tế lâu bền sẽ không bao giờ được chuyển nhượng quyền sở hữu:

- Thiết bị Chuyển động thụ động liên tục (CPM)
- Máy thở

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

Nếu quý vị không có quyền sở hữu DME trong khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản đồng thanh toán liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển sang Original Medicare để sở hữu thiết bị

đó. Các khoản thanh toán được thực hiện trong khi ghi danh tham gia chương trình của quý vị không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp trở xuống cho vật dụng trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện trong Original Medicare không được tính. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán cho chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu vật dụng. Không có ngoại lệ nào đối với trường hợp này khi quý vị trở lại Original Medicare.

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp trở xuống cho vật dụng trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi nhưng không có quyền sở hữu trong khi tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó quý vị quay lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải trả 13 khoản thanh toán liên tiếp để sở hữu vật dụng đó khi quý vị trở lại Original Medicare. Tất cả các khoản thanh toán trước đó (cho dù là cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) đều không được tính.

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

Quý vị được hưởng những quyền lợi oxy nào?

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm thiết bị oxy của Medicare, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* sẽ bao trả:

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

Nếu quý vị rời khỏi *HMSA Akamai Advantage Dual Care* hoặc không còn cần thiết bị oxy về mặt y tế nữa, thì thiết bị oxy phải được trả lại.

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

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp oxy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong năm năm. Trong 36 tháng đầu tiên quý vị thuê thiết bị. 24 tháng còn lại mà nhà cung cấp cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn chịu trách nhiệm về khoản đồng thanh toán cho oxy). Sau năm năm, quý vị có thể chọn ở lại cùng một công ty hoặc đến một công ty khác. Tại thời điểm này, chu kỳ năm năm bắt đầu lại, ngay cả khi quý vị vẫn ở cùng một công ty, yêu cầu quý vị phải trả khoản đồng thanh toán trong 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi chương trình của chúng tôi, chu kỳ năm năm sẽ bắt đầu lại.

CHƯƠNG 4:

*Bảng Quyền lợi Y tế
(những dịch vụ được bao trả
và số tiền quý vị phải trả)*

PHẦN 1 **Nắm rõ chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ được bao trả**

Chương này cung cấp Bảng Quyền lợi Y tế liệt kê các dịch vụ được bao trả và cho biết quý vị sẽ phải trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ được bao trả với tư cách là hội viên của *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. Ở phần sau của chương này, quý vị có thể tìm thấy thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

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

Để hiểu thông tin thanh toán chúng tôi cung cấp cho quý vị trong chương này, quý vị cần nắm rõ các loại chi phí xuất túi quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ được bao trả của mình.

- **Khoản khấu trừ** là số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ y tế trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu trả phần chi phí của mình. (Phần 1.2 cho quý vị biết thêm về khoản khấu trừ của mình đối với một số danh mục dịch vụ).
- **Khoản đồng thanh toán** là số tiền cố định quý vị phải trả mỗi khi quý vị nhận được một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả khoản đồng thanh toán tại thời điểm nhận dịch vụ y tế. (Bảng Quyền lợi Y tế trong Phần 2 cho quý vị biết thêm về các khoản đồng thanh toán của mình).
- **Khoản đồng bảo hiểm** là tỷ lệ phần trăm quý vị chi trả cho tổng chi phí của một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả khoản đồng bảo hiểm tại thời điểm nhận dịch vụ y tế. (Bảng Quyền lợi Y tế trong Phần 2 cho quý vị biết thêm về các khoản đồng bảo hiểm của mình).

Phần 1.2 **Chương trình của chúng tôi áp dụng khoản khấu trừ cho một số loại dịch vụ nhất định**

Chúng tôi áp dụng khoản khấu trừ cho một số loại dịch vụ nhất định.

Chương trình áp dụng khoản khấu trừ cho các loại dịch vụ sau:

- Số tiền khấu trừ của chúng tôi cho các dịch vụ được Medicare Phần A bao trả là \$1,676. Khoản khấu trừ này được áp dụng cho mỗi lần nằm viện.
- Số tiền khấu trừ của chúng tôi cho các dịch vụ được Medicare Phần B bao trả là \$257. Khoản khấu trừ này không áp dụng cho trường hợp chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp.

Cho đến khi quý vị đã thanh toán số tiền khấu trừ, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Sau khi quý vị đã thanh toán khoản khấu trừ của mình, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ phí tổn của mình cho các dịch vụ này và quý vị sẽ thanh toán phần của mình (khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của quý vị) trong thời gian còn lại của năm dương lịch. Bảng quyền lợi trong Phần 2 cho thấy các khoản khấu trừ của danh mục dịch vụ.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, khoản khấu trừ không áp dụng đối với quý vị.

Phần 1.3	Số tiền tối đa quý vị sẽ trả cho các dịch vụ y tế được Medicare Phần A và Phần B bao trả là bao nhiêu?
-----------------	---

Lưu ý: 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.

Vì quý vị đã ghi danh tham gia Medicare Advantage Plan, có giới hạn về số tiền xuất túi quý vị phải chi trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được bao trả theo Medicare Phần A và Phần B. Giới hạn này được gọi là số tiền xuất túi tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm dương lịch 2025, số tiền này là \$9,350.

Số tiền quý vị trả cho khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới được tính vào số tiền xuất túi tối đa này. (Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm chương trình, thuốc kê toa Phần D không được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị. Ngoài ra, số tiền quý vị trả cho một số dịch vụ không được tính vào số tiền xuất túi tối đa trong mạng lưới của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu bằng dấu hoa thị trong Bảng Phúc lợi Y tế.) Nếu quý vị đạt đến số tiền xuất túi tối đa là \$9,350, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí xuất túi nào trong khoảng thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Nếu quý vị đạt đến số tiền xuất túi tối đa là \$14,000, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí xuất túi nào trong khoảng thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị và phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình (trừ khi phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicaid hoặc bên thứ ba khác thanh toán).

PHẦN 2	Sử dụng <i>Bảng Quyền lợi Y tế</i> để tìm hiểu những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả là bao nhiêu
---------------	--

Phần 2.1	Quyền lợi và chi phí y tế của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình
-----------------	--

Bảng Quyền lợi Y tế trên các trang sau liệt kê các dịch vụ *HMSA Akamai Advantage Dual Care* bao trả và số tiền quý vị phải tự trả cho mỗi dịch vụ. Bảo hiểm thuốc kê toa Phần D được trình bày trong Chương 5. Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế chỉ được bao trả khi đáp ứng các yêu cầu bao trả sau đây:

- Các dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị phải được cung cấp theo các hướng dẫn bao trả do Medicare thiết lập.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, tiếp liệu, thiết bị và thuốc kê toa Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.
- Đối với những người ghi danh mới, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới có thể không yêu cầu cho phép trước đối với bất kỳ quá trình điều trị tích cực nào, ngay cả khi quá trình điều trị là cho một dịch vụ bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế chỉ được bao trả nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới khác được *HMSA Akamai Advantage Dual Care*

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

chấp thuận trước (đôi khi được gọi là cho phép trước). Các dịch vụ được bao trả cần được chấp thuận trước được đánh dấu bằng ghi chú ở phần cuối trong Bảng Quyền lợi Y tế. Ngoài ra, các dịch vụ Medicare Phần A và Phần B do nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp do giới thiệu từ nhà cung cấp trong mạng lưới chỉ được bao trả ở mức thấp hơn trong khoản đồng thanh toán trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới nếu được HMSA phê duyệt trước.

- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị phê duyệt yêu cầu cho phép trước đối với một quá trình điều trị, phê duyệt phải có hiệu lực miễn là hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn chăm sóc theo tiêu chí bao trả hiện hành, bệnh sử của quý vị và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

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

- Quý vị được cả Medicare và Medicaid bao trả. Medicare bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid bao trả khoản đồng thanh toán của quý vị cho các dịch vụ Medicare. Medicaid cũng bao trả cho các dịch vụ mà Medicare không bao trả.
- Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, chúng tôi bao trả mọi dịch vụ/quyền lợi mà Original Medicare bao trả. (Nếu quý vị muốn biết thêm về khoản bao trả và chi phí của Original Medicare, hãy xem *Sổ tay Medicare & Quý vị 2025*. Quý vị có thể xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách 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.)
- Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả cho dịch vụ đó miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cũng được điều trị hoặc theo dõi một bệnh trạng hiện có trong lần thăm khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa, quý vị sẽ phải trả một khoản đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện có đó.
- Nếu Medicare thêm khoản bao trả cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2025, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho những dịch vụ đó.
- Nếu quý vị đang trong khoảng thời gian sáu tháng theo lịch của chương trình chúng tôi được coi là tiếp tục hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare bao trả. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ không thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc khoản đồng thanh toán mà tiểu bang sẽ chịu trách nhiệm nếu quý vị không mất khả năng hội đủ điều kiện nhận Medicaid của mình. Số tiền quý vị trả cho các dịch vụ được Medicare bao trả có thể tăng lên trong giai đoạn này.
- Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu bao trả được mô tả ở trên.
- Số tiền đồng thanh toán được liệt kê trong phần “Trong mạng lưới” được hiển thị **sau khi** thanh toán khoản hỗ trợ đồng thanh toán Medicare theo Medicaid. Số tiền đồng thanh toán được liệt kê trong phần “Ngoài mạng lưới” được hiển thị **trước khi** thanh toán khoản hỗ trợ đồng thanh toán Medicare theo Medicaid.

Thông tin Quyền lợi Quan trọng dành cho Người ghi danh Đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”:

- Nếu quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung” để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa Medicare của mình, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm, quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc khoản chia sẻ chi phí giảm có mục tiêu.
- Để biết thêm chi tiết, vui lòng truy cập hàng VBIID trong Bảng Quyền lợi Y tế dưới đây.
- Đối với tất cả các loại thuốc Phần D được bao trả, hội viên *HMSA Akamai Advantage Dual Care* phải trả \$0 tiền đồng thanh toán. Vui lòng xem Chương 6 để biết thêm chi tiết.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)



Quý vị sẽ nhìn thấy hình quả táo này bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong bảng quyền lợi.

* Quý vị sẽ thấy dấu hoa thị này bên cạnh các dịch vụ không được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị trong bảng quyền lợi. Xem Chương 4, Phần 1.3 để biết thêm thông tin về khoản xuất túi tối đa.

Để biết thông tin về các ghi chú ở phần cuối trong bảng quyền lợi, vui lòng xem “Ghi chú về Bảng Quyền lợi” ở cuối bảng này.

Bảng Quyền lợi Y tế

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Sàng lọc bệnh phình động mạch chủ bụng Siêu âm sàng lọc một lần cho những người có nguy cơ. Chương trình chỉ bao trả cho khám sàng lọc này nếu quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị được bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên viên điều dưỡng lâm sàng giới thiệu.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho các hội viên đủ điều kiện tham gia khám sàng lọc phòng ngừa này.
Châm cứu cho đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Tối đa 12 lần khám trong 90 ngày được bao trả cho những người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau: Theo mục đích của quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể, trong đó không có nguyên nhân toàn thân xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng, v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai nghén. Thêm tám buổi điều trị sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có tiến triển. Không quá 20 liệu pháp châm cứu có thể được thực hiện hàng năm. Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc đang nặng thêm. Yêu cầu đối với Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: Các bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật)) có thể châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Trợ lý bác sĩ (physician assistant, PA), y tá điều trị (nurse practitioner, NP)/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng (clinical nurse specialist, CNS) (như được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo luật) và nhân viên phụ trợ có thể châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • Bằng thạc sĩ hoặc bằng tiến sĩ về châm cứu hoặc Y học phương Đông từ một trường được công nhận bởi Ủy ban Công nhận về Châm cứu và Y học phương Đông (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); và,	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần châm cứu được Medicare bao trả cho lần khám đau thắt lưng mạn tính với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính tại văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc từ một y tá chính quy tay nghề cao, y tá thực hành hoặc trợ lý bác sĩ. \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần châm cứu được Medicare bao trả cho lần khám đau thắt lưng mạn tính từ một bác sĩ chuyên khoa. \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần châm cứu được Medicare bao trả cho lần khám đau thắt lưng mạn tính tại cơ sở bệnh viện ngoại trú, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận hoặc phòng khám. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần châm cứu được Medicare bao trả cho lần khám đau thắt lưng mạn tính với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính tại văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc từ một y tá chính quy tay nghề cao, y tá thực hành hoặc trợ lý bác sĩ. 30% chi phí cho mỗi lần châm cứu được Medicare bao trả cho lần khám đau thắt lưng mạn tính từ một bác sĩ chuyên khoa. 30% chi phí cho mỗi lần châm cứu được Medicare bao trả cho lần khám đau thắt lưng mạn tính tại cơ sở bệnh viện ngoại

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Châm cứu cho đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo) Giấy phép hiện hành, đầy đủ, chủ động và không hạn chế để thực hành châm cứu tại Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Quận Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp châm cứu phải dưới sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo yêu cầu của các quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.	trú, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận hoặc phòng khám.
Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được bao trả, dù trong trường hợp khẩn cấp hay không khẩn cấp, bao gồm: dịch vụ xe cứu thương cánh cố định, cánh quay và xe cứu thương mặt đất, đến cơ sở thích hợp gần nhất mà có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc nếu dịch vụ này được cung cấp cho một hội viên có tình trạng sức khỏe mà việc di chuyển bằng phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bao trả không phải trong tình huống khẩn cấp, dịch vụ đó sẽ được ghi nhận là với tình trạng của hội viên, việc di chuyển bằng phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và chuyên chở bằng xe cứu thương là bắt buộc về mặt y tế. Quá trình vận chuyển bắt đầu khi xảy ra thương tích hoặc bệnh tật hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp trước tiên. Quá trình vận chuyển kết thúc tại cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc. Việc vận chuyển bằng xe cứu thương qua đường hàng không không khẩn cấp giữa Hawaii và lục địa Hoa Kỳ cần được chương trình cho phép trước.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi chuyến đi một chiều cho mỗi nhà cung cấp dịch vụ xe cứu thương mỗi ngày đối với các quyền lợi xe cứu thương được Medicare bao trả. Xe cứu thương trên không chỉ được bao trả trong các tình huống khẩn cấp dựa trên hướng dẫn của Medicare. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi chuyến đi một chiều cho các quyền lợi xe cứu thương được Medicare bao trả.
Khám sức khỏe Định kỳ Hàng năm Dịch vụ khám sức khỏe định kỳ hàng năm được cung cấp bởi một bác sĩ đủ tiêu chuẩn hoặc kỹ thuật viên y tế chuyên khoa. Chương trình này được bao trả mỗi năm một lần.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ nào cho quyền lợi khám sức khỏe hàng năm.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Thăm khám thể chất hàng năm Nếu quý vị có bảo hiểm Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể được thăm khám thể chất hàng năm để phát triển hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cá nhân dựa trên sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của quý vị. Chương trình này được bao trả mỗi năm một lần. Lưu ý: Lần khám thể chất hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare. Tuy nhiên, quý vị không bắt buộc phải có một lần thăm khám Chào mừng đến với Medicare để được bao trả cho các lần thăm khám thể chất hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho lần thăm khám thể chất hàng năm.
 Đo mật độ xương Đối với những cá nhân đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được bao trả 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thể thức để xác định mật độ xương, phát hiện mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích kết quả của bác sĩ.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho đo mật độ xương được Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Một lần chụp quang tuyến vú cơ bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 tuổi • Một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc mỗi năm theo lịch cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho chụp quang tuyến vú sàng lọc được bao trả.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch Các chương trình cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch toàn diện bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện nhất định có yêu cầu của bác sĩ. Chương trình này cũng bao trả các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu thường nghiêm ngặt hơn hoặc chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim mạch. Phục hồi chức năng tim mạch được bao trả cho số buổi khám giới hạn khi cần thiết về mặt y tế.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu. \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu. 30% chi phí cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu.
 Thăm khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (liệu pháp điều trị bệnh tim mạch) Chúng tôi bao trả một lần thăm khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần thăm khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và cho quý vị lời khuyên để đảm bảo rằng quý vị đang ăn uống lành mạnh.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng liệu pháp trị liệu hành vi chuyên sâu.
 Xét nghiệm kiểm tra bệnh tim mạch Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao) 5 năm (60 tháng) một lần.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho xét nghiệm bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Đối với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám xương chậu được bao trả 24 tháng một lần • Nếu quý vị có nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao hoặc quý vị ở độ tuổi sinh đẻ và đã có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua: xét nghiệm Pap và khám vùng chậu 12 tháng một lần • Chúng tôi bao trả xét nghiệm HPV năm năm một lần cho các hội viên không có triệu chứng từ 30 đến 65 tuổi kết hợp với xét nghiệm Pap smear	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho xét nghiệm Pap và khám vùng chậu phòng ngừa được Medicare bao trả. Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho xét nghiệm HPV phòng ngừa được Medicare bao trả.
Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Chúng tôi chỉ bao trả cho nắn bóp cột sống để điều chỉnh trật khớp	Trong mạng lưới Quý vị chỉ trả \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám đối với các dịch vụ được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Sàng lọc ung thư đại trực tràng Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được bao trả: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả 120 tháng một lần (10 năm) đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau lần nội soi ống mềm đại tràng sigma trước đó đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần tháng đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc trước đó hoặc thực bari. - Nội soi ống mềm đại tràng sigma dành cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi đại tràng sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi ống mềm đại tràng sigma hoặc thực bari cuối cùng. - Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. - Xét nghiệm DNA phân đa mục tiêu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Thực bari như một giải pháp thay thế nội soi đại tràng dành cho những bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần thực bari sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi sàng lọc cuối cùng. - Thực bari như một giải pháp thay thế nội soi ống mềm đại tràng sigma cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Ít nhất 48 tháng một lần sau lần thực bari sàng lọc cuối cùng hoặc nội soi ống mềm đại tràng sigma sàng lọc. Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi sàng lọc tiếp theo sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare báo trả cho kết quả dương tính.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thực bari được Medicare bao trả, ngoại trừ trường hợp thực bari áp dụng tiền đồng bảo hiểm. Nếu bác sĩ của quý vị phát hiện và cắt polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi hoặc nội soi ống mềm đại tràng sigma, lần khám sàng lọc sẽ trở thành lần thăm khám chẩn đoán và quý vị phải trả \$0 cho lần khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả cho dịch vụ của bác sĩ. Trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện, quý vị cũng thanh toán cho bệnh viện \$0 cho mỗi lần khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả. Không áp dụng tiền khấu trừ phần B. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thực bari được Medicare bao trả. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
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. 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 • 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 chỉ 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.* (2) 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.* (2)
 Khám sàng lọc trầm cảm Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Việc khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp điều trị theo dõi và/hoặc giới thiệu.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho lần khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 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 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.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
 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 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 sử dụng cho quý vị biết chúng tôi bao trả cho những nhãn hiệu và nhà sản xuất nào.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho máy theo dõi đường huyết được Medicare bao trả, bao gồm máy theo dõi đường huyết liên tục và tiếp liệu theo dõi bệnh tiểu đường. \$0 tiền đồng thanh toán cho giày hoặc miếng lót trị liệu được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho máy theo dõi đường huyết được Medicare bao trả, bao gồm máy theo dõi đường huyết liên tục và tiếp liệu theo dõi bệnh tiểu đường. 30% chi phí cho giày hoặc miếng lót điều trị được Medicare bao trả. 30% chi phí cho dịch vụ đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường (tiếp theo) 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 phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị mới tham gia <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> 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.	

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Thiết bị y tế sử dụng lâu dài (DME) và tiếp liệu y tế liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này.) Các vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo âm ngữ, thiết bị oxy, máy xông khí dung và khung tập đi. Chúng tôi bao trả cho mọi DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare bao trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không hợp tác với một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ xem liệu họ có thể đặt hàng riêng cho quý vị hay không. Danh sách nhà cung cấp mới nhất có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.hmsa.com/advantage.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho thiết bị y tế và tiếp liệu lâu bền có liên quan được Medicare bao trả. Mức chia sẻ chi phí của quý vị cho việc bao trả thiết bị oxy Medicare là \$0 tiền đồng thanh toán, mỗi khoản thanh toán hàng tháng. Chia sẻ phí tổn của quý vị sẽ không thay đổi sau 36 tháng. Nếu trước khi ghi danh tham gia <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i>, quý vị đã trả tiền thuê 36 tháng cho bảo hiểm thiết bị oxy, mức đồng thanh toán của quý vị cho <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> là \$0 tiền đồng thanh toán. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho thiết bị y tế và tiếp liệu lâu bền có liên quan được Medicare bao trả. Chia sẻ phí tổn của quý vị cho việc bao trả thiết bị oxy Medicare là 30% chi phí, mỗi khoản thanh toán hàng tháng. Chia sẻ phí tổn của quý vị sẽ không thay đổi sau 36 tháng. Nếu trước khi ghi danh tham gia <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i>, quý vị đã trả tiền thuê 36 tháng cho bảo hiểm thiết bị oxy, mức đồng thanh toán của quý vị cho <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> là 30% chi phí. Để biết thông tin về chia sẻ chi phí cho các dịch vụ trị liệu truyền dịch tại nhà (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Liệu pháp truyền dịch tại nhà</i>.
Chăm sóc cấp cứu	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cấp cứu đề cập đến các dịch vụ: - Được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và - Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định một tình trạng y tế khẩn cấp. Tình huống cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để không bị mất mạng (và mất thai nếu quý vị là phụ nữ đang mang thai), mất chân tay hoặc mất chức năng của một chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc một tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu được cung cấp ngoài mạng lưới cũng giống như cho các dịch vụ được cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ cấp cứu là một quyền lợi được bao trả ở Hoa Kỳ. Chăm sóc cấp cứu (tiếp theo)	\$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần đến khám bệnh tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả. Nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một bệnh lý, quý vị phải trả \$0 cho lần khám tại phòng cấp cứu. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bổ sung tại một cơ sở ngoài mạng lưới như một phần của lần khám tại phòng cấp cứu, chi phí của quý vị là mức chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả cho nhà cung cấp trong mạng lưới. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải quay lại bệnh viện trong mạng lưới thì quý vị mới được tiếp tục bao trả dịch vụ chăm sóc của mình, <i>hoặc</i> quý vị phải được chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí quý vị sẽ phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. Để biết mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bổ sung nhận được tại phòng cấp cứu, hãy xem thông tin sau: - Chăm sóc nội trú bắt đầu khi nhập viện tại phòng cấp cứu, vui lòng xem <i>Chăm sóc nội trú tại bệnh viện</i>. - Để biết các dịch vụ của bác sĩ (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám của bác sĩ</i>. - Các dịch vụ tại phòng khám ngoại trú, bao gồm phẫu thuật trong ngày, hãy xem <i>Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật cấp cứu</i>. (1) - Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang và các dịch vụ X-

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
	quang khác, và tiếp liệu y tế như nẹp và bột, vui lòng xem <i>Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và tiếp liệu trị liệu</i>. (1) Một số loại thuốc và sinh phẩm nhất định mà quý vị không thể tự cung cấp, hãy xem phần <i>Thuốc kê toa Medicare Phần B</i>. (1)
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 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 dương lịch mà không phải trả thêm phí.* - 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.*	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.* (2) Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà \$0 tiền đồng thanh toán cho 1 Bộ dụng cụ Thể dục tại Nhà mỗi năm dương lịch.* (2) Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh \$0 tiền đồng thanh toán cho các buổi Huấn luyện Lão hóa Lành mạnh không giới hạn.* (2)
Chương trình Thể dục – Chương trình Lão hóa Lành mạnh và Thể dục (Healthy Aging and Exercise) Silver&Fit® (tiếp theo)	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
• 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 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>	
 Các chương trình giáo dục về sức khỏe và chăm sóc khỏe mạnh HMSA Health Education Workshops là những hội thảo thú vị và mang tính tương tác để hướng dẫn cho các hội viên về thể dục, dinh dưỡng, quản lý căng thẳng và các khía cạnh khác của sức khỏe thể chất và tinh thần có thể ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, cảm xúc và xã hội. Để tìm hiểu thêm về HMSA Health Education Workshops, hãy truy cập www.hmsa.com/healtheducation.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các hội thảo giáo dục sức khỏe bổ sung được bao trả.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ về thính lực Đánh giá chẩn đoán thính lực và thăng bằng do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị thực hiện để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không được bao trả như là chăm sóc ngoại trú khi được cung cấp bởi một bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác. Xem Phần 3.1 của chương này để biết các dịch vụ chúng tôi không bao trả.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần khám thính lực chẩn đoán và kiểm tra thăng bằng được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần khám thính lực chẩn đoán và kiểm tra thăng bằng được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Trợ giúp một số tình trạng mạn tính Dịch vụ Nha khoa – Sức khỏe răng miệng cho Sức khỏe Tổng thể 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 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: <u>Dịch vụ Nha khoa: *</u> • 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: <u>Dịch vụ Nha khoa: *</u> • 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 \$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.* (2) Ngoài mạng lưới 30% chi phí đối với quyền lợi nha khoa bổ sung cho hội viên được xác định có tình trạng sức khỏe cụ thể.* (2) Để biết mức chia sẻ chi phí cho các quyền lợi nha khoa của chương trình, hãy xem <i>Dịch vụ Nha khoa</i> .

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Trợ giúp một số tình trạng mạn tính Chương trình Đánh giá Sức khỏe tại Nhà Chương trình này cung cấp dịch vụ đánh giá sức khỏe tại nhà mỗi năm một lần. Một điều dưỡng thực hành sẽ tới nhà thăm khám và cũng có thể đưa ra các khuyến nghị về sàng lọc sức khỏe, lời khuyên phòng ngừa bệnh tật và hỗ trợ nguồn lực chăm sóc. Sau lần thăm khám, bản tóm tắt đánh giá sẽ được chia sẻ với hội viên và PCP hoặc nhóm chăm sóc của hội viên, nếu thích hợp. Những hội viên đã được chẩn đoán mắc các bệnh mạn tính bao gồm bệnh tiểu đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), suy tim sung huyết (CHF), tăng huyết áp, bệnh động mạch vành (CAD), rối loạn tâm trạng, viêm khớp dạng thấp, mất trí nhớ, ung thư, bệnh mạch máu, thận mạn tính (CKD), rối loạn liên quan đến dinh dưỡng, bao gồm béo phì hoặc rối loạn huyết học và những người không có PCP hoặc cần hỗ trợ điều trị tình trạng mạn tính với PCP của mình có thể được liên hệ để sắp xếp đánh giá sức khỏe tại nhà.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không có tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho Chương trình Đánh giá Sức khỏe tại Nhà.*
 Sàng lọc nhiễm HIV Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc những người có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn, chúng tôi bao trả: Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi bao trả: Tối đa ba lần khám sàng lọc trong quá trình mang thai	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho các hội viên đủ điều kiện tham gia khám sàng lọc HIV phòng ngừa được Medicare bao trả này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và sẽ yêu cầu các dịch vụ này do một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị buộc phải ở nhà, có nghĩa là việc rời khỏi nhà đòi hỏi nỗ lực lớn. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục (Để được bao trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng số dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải dưới 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp và trị liệu ngôn ngữ • Các dịch vụ xã hội và y tế • Tiếp liệu và thiết bị y tế	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả.
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm việc chích thuốc hoặc sinh phẩm vào tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da cho một cá nhân tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm) và tiếp liệu (ví dụ, ống và ống thông). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo chương trình chăm sóc • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Dịch vụ giám sát để cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà được cung cấp bởi một nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ trình độ	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ trị liệu tiêm truyền tại nhà được Medicare bao trả do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp nếu được lập hóa đơn riêng. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho các dịch vụ trị liệu tiêm truyền tại nhà được Medicare bao trả do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp nếu được lập hóa đơn riêng. Để biết chia sẻ chi phí cho thiết bị y tế lâu bền (DME) (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Thiết bị y tế lâu bền (DME)</i> và các tiếp liệu liên quan. Để biết khoản đồng thanh toán cho thuốc theo toa Medicare Phần B (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Thuốc theo toa Medicare Phần B</i>.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời 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:</u> Original Medicare (chứ không phải chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ các dịch vụ Phần A và Phần B 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. <u>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:</u> 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 Chăm sóc cuối đời (tiếp tục)	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 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>.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
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) <u>Đối với các dịch vụ được <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> bao trả nhưng không được Medicare Phần A hoặc B bao trả:</u> <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> 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. <u>Đối với các loại thuốc có thể được bao trả theo quyền lợi Phần D của chương trình:</u> Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của cuộc đời, quý vị phải 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 (<i>Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao</i>). 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.	

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Chủng ngừa 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 • 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>. (1)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Bao gồm bệnh nhân nội trú cấp tính, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ nội trú khác tại bệnh viện. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị được chính thức nhập viện theo yêu cầu của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nằm viện cuối cùng của quý vị. Chương trình bao trả các ngày nằm viện sau đây cho mỗi lần nằm viện: • Chương trình bao trả 90 ngày nằm viện. • Chương trình bao trả 60 Ngày Dự phòng Trộn đời. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: • Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thường xuyên • Chi phí cho các khu chăm sóc đặc biệt (như các khu chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc mạch vành) • Thuốc và dược phẩm • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác • Các nguồn tiếp liệu phẫu thuật và y tế cần thiết • Sử dụng các thiết bị như xe lăn • Chi phí phòng mổ và phòng hồi sức • Trị liệu âm ngữ, trị liệu vật lý và cơ năng • Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện nội trú	Trong mạng lưới 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 Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, bác sĩ của quý vị phải thông báo cho chương trình rằng quý vị sắp nhập viện. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: \$1,676 tiền khấu trừ và Ngày 1 đến ngày 60: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 61 đến ngày 90: \$419 tiền đồng thanh toán mỗi ngày \$838 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ. Khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán khác được tính cho mỗi lần nằm viện nội trú. Nếu quý vị được chuyển viện nhưng không xuất viện thì được tính là cùng số ngày nằm viện.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo) Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận-tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt xem xét trường hợp của quý vị và sẽ quyết định liệu quý vị có phải là ứng viên cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài phạm vi chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn đến dịch vụ địa phương miễn là các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> cung cấp các dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm nằm ngoài phạm vi chăm sóc thích hợp cho các thể thức cấy ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn cấy ghép tại địa điểm xa xôi này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và chuyên chở phù hợp cho quý vị và người đi cùng. Ngoài ra, chúng tôi sẽ bao trả chi phí cấy ghép tại một địa điểm ở xa, cũng như chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người đi cùng nếu không có dịch vụ cấy ghép ở Hawaii hoặc nếu địa điểm ở xa được coi là thuận lợi hơn về mặt y tế, theo hợp đồng của HMSA. - Máu - bao gồm cả lưu trữ và sử dụng. Việc bao trả cho máu toàn phần và các tế bào hồng cầu được đóng gói bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với panh máu đầu tiên được sử dụng. - Các dịch vụ bác sĩ Lưu ý: Để là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị phải viết đơn yêu cầu tiếp nhận quý vị chính thức như là bệnh nhân nội trú trong bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là <i>Quyền lợi Bệnh viện Medicare</i>. 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). 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.	Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần nằm viện. Chương trình bao trả các ngày nằm viện sau đây cho mỗi lần nằm viện: • Chương trình bao trả 90 ngày nằm viện. • Chương trình bao trả 60 Ngày Dự phòng Trộn đời. Có một giới hạn trộn đời 190 ngày cho các dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần. Mức giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp tại một đơn nguyên tâm thần của một bệnh viện đa khoa.	Trong mạng lưới 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 Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới Đối với thời gian nằm viện được Medicare bao trả: \$1,676 tiền khấu trừ và Ngày 1 đến ngày 60: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 61 đến ngày 90: \$419 tiền đồng thanh toán mỗi ngày \$838 tiền đồng thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện Dự trữ. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Sau khi quý vị hết hạn mức trộn đời 190 ngày của Medicare, để được bao trả cho tất cả các dịch vụ nội trú khác, vui lòng xem phần <i>Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả.</i> Khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán khác được tính cho mỗi lần nằm viện nội trú. Nếu quý vị được chuyển viện nhưng không xuất viện thì được tính là cùng số ngày nằm viện.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã sử dụng hết quyền lợi nội trú hoặc nếu nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không bao trả cho nằm viện nội trú của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả cho một số dịch vụ quý vị nhận được khi đang nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: • Các dịch vụ bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) • Liệu pháp tia X, radium và đồng vị bao gồm các vật liệu và dịch vụ kỹ thuật viên • Băng vết thương phẫu thuật • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp • Các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình (ngoài nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần của một cơ quan bên trong cơ thể (bao gồm mô tiếp giáp), hoặc tất cả hoặc một phần chức năng của một bộ phận bên trong cơ thể không hoạt động hoặc bị trục trặc vĩnh viễn, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó • Nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ; khung, chân, cánh tay và mắt giả bao gồm cả điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do gãy vỡ, mòn, mất hoặc thay đổi tình trạng thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp và trị liệu ngôn ngữ	Khi thời gian nằm viện của quý vị không còn được bao trả, các dịch vụ này sẽ được bao trả như được mô tả trong các phần sau: Để biết về khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ của bác sĩ, hãy xem <i>Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám của bác sĩ</i>. Để biết mức chia sẻ chi phí cho các xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm), liệu pháp X-quang, radium và đồng vị bao gồm các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên, băng phẫu thuật, nẹp, bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm tình trạng gãy xương và trật khớp, vui lòng xem <i>Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và tiếp liệu trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú</i>. (1) Để biết mức chia sẻ chi phí cho các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình (ngoài nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ quan nội tạng (hoặc mô tiếp giáp), hoặc toàn bộ hoặc một phần chức năng của cơ quan nội tạng vĩnh viễn không hoạt động hoặc bị trục trặc, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó, và mức chia sẻ chi phí cho nẹp chân, lưng, cánh tay, lưng và cổ; khung, và chân, tay, và mắt giả bao gồm điều chỉnh, sửa chữa, và thay thế cần thiết do vỡ, hao mòn, mất mát, hoặc thay đổi tình trạng thể chất của bệnh nhân, vui lòng xem <i>Các thiết bị giả và tiếp liệu liên quan</i>. (1) Để biết chia sẻ chi phí cho trị liệu vật lý, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu cơ năng, vui lòng xem <i>Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú</i>. (1)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người bị tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu), hoặc sau khi ghép thận khi được bác sĩ yêu cầu. Chúng tôi bao trả 3 giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận được dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ Chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị với yêu cầu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn yêu cầu của họ hàng năm nếu việc điều trị của quý vị là cần thiết trong năm dương lịch tiếp theo.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho các hội viên đủ điều kiện nhận các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế được Medicare bao trả.
 Chương trình Phòng chống Bệnh Tiểu đường của Medicare (MDPP) Các dịch vụ MDPP sẽ được bao trả cho những hội viên Medicare đủ điều kiện theo tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare. MDPP là một can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp đào tạo thực hành về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức nhằm duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi MDPP.
Thuốc kê 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 • Thuốc Alzheimer, Leqembi®, (tên thuốc gốc là lecanemab), được dùng qua đường tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các khoản phí được Medicare phê duyệt cho thuốc theo toa được bao trả theo Phần B của Original Medicare. Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng insulin dùng trong một tháng được cung cấp thông qua một hạng mục thiết bị y tế sử dụng lâu dài (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế). Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới Tối đa 30% chi phí cho các khoản phí được Medicare phê duyệt cho thuốc theo

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
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 Thuốc kê toa Medicare Phần B (tiếp theo) • 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 (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[®]	toa được bao trả theo Phần B của Original Medicare. Một số loại thuốc có thể áp dụng liệu pháp từng bước. Để biết thông tin về chia sẻ chi phí cho các dịch vụ trị liệu truyền dịch tại nhà (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Liệu pháp truyền dịch tại nhà</i>. Quý vị có thể trả số tiền đồng bảo hiểm thấp hơn cho các loại thuốc được giảm giá. Để biết định nghĩa về “thuốc được giảm giá”, hãy xem Chương 12 của tài liệu này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Thuốc kê toa Medicare Phần B (tiếp theo) - 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 tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà các 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 kê toa Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích ở Chương 6.	
 Khám sàng lọc và trị liệu bệnh béo phì để thúc đẩy việc giảm cân kéo dài Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi bao trả cho tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được bao trả nếu quý vị nhận được trong cơ sở của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, nơi dịch vụ này có thể được phối hợp với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Hãy trao đổi với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ của quý vị để tìm hiểu thêm.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho sàng lọc và trị liệu phòng ngừa béo phì.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm Sóc Trực Tuyến Với ứng dụng Online Care của HMSA, quý vị có thể khám bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác một cách thoải mái và riêng tư tại nhà, nơi làm việc hoặc bất cứ nơi nào quý vị có thể truy cập trực tuyến. Các bác sĩ y khoa luôn sẵn sàng phục vụ 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và có thể chẩn đoán các bệnh lý, khuyến nghị điều trị và kê đơn thuốc nếu cần. Các buổi tư vấn và điều trị trực tuyến được cung cấp theo cuộc hẹn khám.* Để bắt đầu, hãy tải xuống ứng dụng di động Online Care miễn phí hoặc để biết thêm thông tin, hãy truy cập www.hmsaonlinecare.com từ máy tính. Các phiên truy cập và khả năng hội đủ điều kiện phải tuân theo Thỏa thuận Người dùng Online Care dành cho Người tiêu dùng của HMSA.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Thăm khám Sức khỏe Phi Hành vi: \$0 Tiền đồng thanh toán. Tối đa 15 phút.* (2) Thăm khám Sức khỏe Hành vi: \$0 Tiền đồng thanh toán. Tối đa 60 phút.* (2)
Dịch vụ chương trình điều trị với Opioid Các hội viên trong chương trình của chúng tôi bị rối loạn sử dụng opioid (opioid use disorder, OUD) có thể nhận được khoản bao trả cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua Chương trình Điều trị Opioid (Opioid Treatment Program, OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Thuốc điều trị hỗ trợ (medication assisted treatment, MAT) hiệp đồng và đối kháng opioid đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration, FDA) Hoa Kỳ phê duyệt • Phân phối và sử dụng thuốc MAT, (nếu có) • Tư vấn rối loạn sử dụng chất gây nghiện • Trị liệu cá nhân và theo nhóm • Xét nghiệm độc học • Các hoạt động nạp vào • Đánh giá định kỳ Cũng được bao trả qua dịch vụ thăm khám từ xa từ các nhà cung cấp đủ điều kiện trong mạng lưới.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid do được Medicare phê duyệt. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid do được Medicare phê duyệt.
Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và nguồn tiếp liệu trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: • Chụp X-quang	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các lần chụp X-quang được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho các xét nghiệm Chẩn đoán hình ảnh Nâng cao. (1)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và nguồn tiếp liệu trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp theo) • Kiểm tra chẩn đoán hình ảnh nâng cao. Thăm khám chẩn đoán hình ảnh nâng cao bao gồm MRI, MRA, CT, PET và các dịch vụ tim học hạt nhân • Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán khác được Medicare bao trả (không bao gồm chụp X-quang hoặc Chẩn đoán hình ảnh Nâng cao) • Liệu pháp bức xạ (radium và đồng vị) bao gồm vật liệu và tiếp liệu của kỹ thuật viên • Nguồn tiếp liệu phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp • Thử nghiệm trong phòng lab • Máu - bao gồm cả lưu trữ và sử dụng. Việc bao trả cho máu toàn phần và các tế bào hồng cầu được đóng gói bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với panh máu đầu tiên được sử dụng. • Các xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và nguồn tiếp liệu trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú khác	\$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán khác được Medicare bao trả (không bao gồm chụp X-quang hoặc Chẩn đoán hình ảnh Nâng cao). \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ xạ trị được Medicare bao trả. (1) \$0 tiền đồng thanh toán cho các tiếp liệu phẫu thuật như băng gạc và nẹp, bột và các thiết bị khác được Medicare bao trả được sử dụng để giảm tình trạng gãy xương và trật khớp. \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ phòng thí nghiệm được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho máu được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho các xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ điều trị và vật liệu khác được Medicare bao trả. (1) Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1)
	Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho chụp X-quang được Medicare bao trả. 30% chi phí cho các xét nghiệm Chẩn đoán hình ảnh Nâng cao. 30% chi phí cho các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán khác được Medicare bao trả (không bao gồm chụp X-quang hoặc Chẩn đoán hình ảnh Nâng cao). 30 % chi phí cho các dịch vụ xạ trị được Medicare bao trả. 30% chi phí cho các tiếp liệu phẫu thuật như băng gạc và nẹp, bột và các thiết bị khác được Medicare bao trả được sử dụng để giảm tình trạng gãy xương và trật khớp. 30% tổng chi phí cho các dịch vụ phòng thí nghiệm được Medicare bao trả.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và nguồn tiếp liệu trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp theo)	\$0 tiền đồng thanh toán cho máu được Medicare bao trả. 30% chi phí cho các xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ điều trị và vật liệu khác được Medicare bao trả.
Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện được cung cấp để xác định xem quý vị có cần được nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện không. Đối với các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện được bao trả, các dịch vụ này phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi được cung cấp theo yêu cầu của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được luật tiểu bang cấp phép và nhân viên bệnh viện theo quy định của pháp luật cho phép tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc xét nghiệm ngoại trú theo yêu cầu. Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu tiếp nhận quý vị như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ phí tổn cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là <i>Quyền lợi Bệnh viện Medicare</i>. 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). 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.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho dịch vụ chăm sóc theo dõi được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ quan sát hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nằm viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú sẽ được yêu cầu mà không nhận được • Chụp quang tuyến X và các dịch vụ quang tuyến khác do bệnh viện tính hóa đơn • Các tiếp liệu y tế như nẹp và bó bột • Một số loại thuốc và sinh phẩm quý vị không thể tự dùng Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu tiếp nhận quý vị như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ phí tổn cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là <i>Quyền lợi Bệnh viện Medicare</i>. 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). 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.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Để biết mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ tại khoa cấp cứu, hãy xem phần <i>Chăm sóc cấp cứu</i>. Để biết về khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ tại phòng khám ngoại trú, bao gồm phẫu thuật trong ngày, hãy xem <i>Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật cấp cứu</i>. (1) Để biết mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện, vui lòng xem <i>Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện</i>. Để biết mức chia sẻ chi phí cho xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác, và tiếp liệu y tế như nẹp và bột, vui lòng xem <i>Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và tiếp liệu trị liệu</i>. (1) Để biết mức chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, vui lòng xem <i>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú</i>. Để biết mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ nằm viện một phần, vui lòng xem <i>Dịch vụ nằm viện một phần</i>. Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả cho dịch vụ đó miễn phí cho quý vị. Để biết mức chia sẻ chi phí cho một số loại thuốc và sinh phẩm nhất định mà quý vị không thể tự cung cấp, vui lòng xem <i>Thuốc theo toa Medicare Phần B</i>. (1)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép, chuyên gia tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, cố vấn chuyên môn được cấp phép (LPC), chuyên gia tư vấn hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), điều dưỡng thực hành (NP), phụ tá bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ trình độ khác của Medicare được luật pháp tiểu bang hiện hành cho phép. Cũng được bao trả qua dịch vụ thăm khám từ xa từ các nhà cung cấp đủ điều kiện trong mạng lưới.	(3) Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả.
Dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp và trị liệu ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú được cung cấp tại nhiều cơ sở ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như các khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng chuyên gia trị liệu độc lập và Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF).	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu và/hoặc trị liệu âm ngữ được Medicare bao trả theo chỉ định của bác sĩ của quý vị. \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám trị liệu cơ năng được Medicare bao trả theo chỉ định của bác sĩ của quý vị. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu và/hoặc trị liệu âm ngữ được Medicare bao trả theo chỉ định của bác sĩ của quý vị. 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám trị liệu cơ năng được Medicare bao trả theo chỉ định của bác sĩ của quý vị.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú Chương trình của chúng tôi bao trả một số dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện được Original Medicare bao trả. Cũng được bao trả qua dịch vụ thăm khám từ xa từ các nhà cung cấp đủ điều kiện trong mạng lưới.	(3) Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả.
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật cấp cứu Lưu ý: Nếu quý vị đang được phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc viết yêu cầu nhập viện cho quý vị như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ phí tổn cho phẫu thuật ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là một bệnh nhân ngoại trú.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả tại cơ sở bệnh viện ngoại trú, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận hoặc phòng khám. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả tại cơ sở bệnh viện ngoại trú, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận hoặc phòng khám. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Để biết về khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ của bác sĩ (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề</i>, bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám của bác sĩ. Để biết khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ ngoại trú khác của bệnh viện (nếu được lập hóa đơn riêng), vui lòng xem <i>Dịch vụ ngoại trú của bệnh viện</i>.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Trợ cấp Sản phẩm Sức khỏe Không cần toa (OTC), Thực phẩm Lành mạnh và Tiện ích Gia đình 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 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 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>.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
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, 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. 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, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc văn phòng tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít nghiêm trọng hơn so với nhập viện một phần.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ chương trình nằm viện một phần được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ của chương trình ngoại trú chuyên sâu được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho các dịch vụ chương trình nằm viện một phần được Medicare bao trả. 30% chi phí cho các dịch vụ của chương trình ngoại trú chuyên sâu được Medicare bao trả.
Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - 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	(3) Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính tại văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc tại nhà của hội viên để nhận được các quyền lợi được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần khám với điều dưỡng đã đăng ký thực hành nâng cao, điều dưỡng thực hành nâng cao hoặc trợ lý bác sĩ đã đăng ký thực hành nâng cao tại văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ hoặc tại nhà của hội viên để nhận các quyền lợi được Medicare bao trả. Quý vị chi trả \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho một số dịch vụ thăm khám từ xa từ các nhà cung cấp đủ điều kiện trong mạng lưới.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ (tiếp theo) ○ 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 sức khỏe 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 • 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 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	Để biết danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, vui lòng tham khảo <i>Danh mục Nhà cung cấp</i>. Ngoài mạng lưới 30% chi phí mỗi lần thăm khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính để nhận được các quyền lợi được Medicare bao trả. 30% tiền đồng thanh toán cho mỗi lần khám với điều dưỡng đã đăng ký thực hành nâng cao, điều dưỡng thực hành nâng cao hoặc trợ lý bác sĩ đã đăng ký thực hành nâng cao để nhận các quyền lợi được Medicare bao trả. 30% chi phí mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa cho các quyền lợi được Medicare bao trả. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Để biết mức chia sẻ chi phí cho các lần khám thính lực và thăng bằng, vui lòng xem <i>Dịch vụ thính lực</i>. Để biết mức chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc nha khoa không định kỳ được Medicare bao trả, vui lòng xem <i>Dịch vụ nha khoa</i>.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ (tiếp theo) - 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 dịch vụ chăm sóc chân Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các thương tích và bệnh ở bàn chân (chẳng hạn như ngón chân khoằm hoặc gai gót chân) - Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các hội viên có một số bệnh trạng ảnh hưởng đến chi dưới	Trong mạng lưới Quý vị chi trả \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi lần thăm khám đối với các dịch vụ được Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả 12 tháng một lần bao gồm các dịch vụ sau: - Khám trực tràng kỹ thuật số - Xét nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số hàng năm. Ngoài mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số hàng năm. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho xét nghiệm PSA hàng năm.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
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 ở kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo về cách sử dụng các thiết bị giả và chỉnh hình: túi hậu môn nhân tạo và tiếp liệu liên quan trực tiếp đến chăm sóc hậu môn giả, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày giả, chân tay giả và vú giả (bao gồm cả áo lót phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú). Bao gồm một số 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.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dụng cụ giả và tiếp liệu được Medicare bao trả. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho các dụng cụ giả và tiếp liệu được Medicare bao trả.
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được bao trả cho các hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) từ trung bình đến rất nặng và có yêu cầu để phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính. Phục hồi chức năng phổi được bao trả cho số buổi khám giới hạn khi cần thiết về mặt y tế.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu. Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu.
 Khám sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu nhưng không phải là người phụ thuộc vào rượu. Nếu quý vị có kết quả sàng lọc là đang lạm dụng rượu, quý vị có thể được tư vấn trực tiếp 4 buổi một năm (nếu quý vị có đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên đủ trình độ cung cấp tại cơ sở của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho quyền lợi khám sàng lọc và tư vấn giảm lạm dụng rượu được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (low dose computed tomography, LDCT) Đối với những cá nhân đủ điều kiện, LDCT được bao trả 12 tháng một lần Các hội viên đủ điều kiện là: những người từ 50 đến 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất là 20 bao thuốc một năm hoặc người hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua; những người đã nhận được yêu cầu làm LDCT trong lần tư vấn sàng lọc ung thư phổi và lần khám ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí của Medicare đối với các lần thăm khám đó và được thực hiện bởi một bác sĩ hoặc chuyên gia không phải là bác sĩ đủ trình độ. <i>Đối với sàng lọc ung thư phổi LDCT sau lần sàng lọc LDCT ban đầu:</i> các hội viên phải nhận được yêu cầu sàng lọc ung thư phổi LDCT, có thể được thực hiện trong lần thăm khám thích hợp với bác sĩ hoặc chuyên viên đủ trình độ không phải bác sĩ. Nếu bác sĩ hoặc chuyên viên đủ trình độ không phải bác sĩ chọn cung cấp tư vấn sàng lọc ung thư phổi và thăm khám ra quyết định chung để sàng lọc ung thư phổi tiếp theo bằng LDCT, lần thăm khám phải đáp ứng tiêu chí của Medicare cho các lần thăm khám đó.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho tư vấn và thăm khám ra quyết định chung của Medicare hoặc cho LDCT.
 Sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infections, STI) và tư vấn để phòng ngừa STI Chúng tôi bao trả cho khám sàng lọc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) để tìm bệnh chlamydia, bệnh lậu, giang mai và Viêm Gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ mắc STI cao hơn khi các xét nghiệm này được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính yêu cầu. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào một số thời điểm nhất định trong quá trình mang thai. Chúng tôi cũng bao trả cho tối đa hai buổi tư vấn hành vi có độ chuyên sâu cao kéo dài từ 20 đến 30 phút mỗi năm cho người lớn có quan hệ tình dục có nguy cơ bị STI ngày càng cao. Chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu dịch vụ đó được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính và diễn ra tại cơ sở của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho khám sàng lọc STI và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa STI được Medicare bao trả.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp các hội viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của họ. Đối với các hội viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận trong suốt cuộc đời - Điều trị lọc máu ngoại trú (bao gồm điều trị lọc máu khi tạm thời rời khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3 hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được) - Điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị được nhập viện như là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện để được chăm sóc đặc biệt) - Đào tạo tự lọc máu (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị lọc máu tại nhà) - Thiết bị và nguồn tiếp liệu lọc máu tại nhà - Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như các lần thăm khám của nhân viên lọc máu được đào tạo để kiểm tra lọc máu tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn cấp nước của quý vị, khi cần thiết) Một số loại thuốc để lọc máu được bao trả theo quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị. Để biết thông tin về khoản bao trả cho Thuốc Phần B, vui lòng xem phần <i>Thuốc theo toa Medicare Phần B</i>.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ lọc máu thận được Medicare bao trả, bao gồm nhưng không giới hạn ở: - Điều trị lọc máu ngoại trú - Đào tạo tự lọc máu - Thiết bị và nguồn tiếp liệu lọc máu tại nhà - Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả. \$0 tiền đồng thanh toán cho lọc máu nội trú được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 20% chi phí tiền cho các dịch vụ lọc máu thận được Medicare bao trả, bao gồm nhưng không giới hạn ở: - Điều trị lọc máu ngoại trú - Đào tạo tự lọc máu - Thiết bị và nguồn tiếp liệu lọc máu tại nhà - Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà 30 % chi phí cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả. 30% tổng chi phí lọc máu được Medicare bao trả. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Để biết về khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ của bác sĩ (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề</i>, bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám của bác sĩ.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem Chương 12 của tài liệu này. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi là SNF). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: - Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) - Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn đặc biệt - Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn - Vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp và trị liệu ngôn ngữ - Các loại thuốc được dùng cho quý vị như một phần của kế hoạch chăm sóc (Điều này bao gồm các chất xuất hiện tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu). - Máu - bao gồm cả lưu trữ và sử dụng. Việc bao trả cho máu toàn phần và các tế bào hồng cầu được đóng gói bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với panh máu đầu tiên được sử dụng. - Các nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật thường do SNF cung cấp - Các xét nghiệm thường do SNF cung cấp - Chụp quang tuyến X và các dịch vụ quang tuyến khác thường do SNF cung cấp - Sử dụng các thiết bị như xe lăn thường do SNF cung cấp - Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ thực hành Nói chung, quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, trong một số điều kiện nhất định được liệt kê sau đây, quý vị có thể trả khoản chia sẻ phí tổn trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi. - Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đang sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là nhà điều dưỡng này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) - Một SNF nơi vợ/chồng hoặc người chung sống không kết hôn của quý vị sống tại thời điểm quý vị rời bệnh viện	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. (1) 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: \$209.50 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Ngày 101 đến ngày 180: \$0 tiền đồng thanh toán mỗi ngày Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Sau khi quyền lợi Medicare SNF của quý vị hết hạn, để được bao trả cho các dịch vụ nội trú khác, vui lòng xem phần <i>Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả.</i> Không yêu cầu phải nằm viện ở mức độ chăm sóc cấp tính được Medicare bao trả trước đó. Mức chia sẻ chi phí cho thời gian nằm viện tại SNF được dựa trên thời gian thụ hưởng quyền lợi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem định nghĩa về <i>Giai đoạn thụ hưởng quyền lợi</i> trong Chương 12.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Bỏ hút thuốc và ngừng sử dụng thuốc lá (tư vấn bỏ hút thuốc hoặc ngừng sử dụng thuốc lá) <u>Nếu quý vị hút thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá: Chúng tôi bao trả hai lần tư vấn cai thuốc lá trong vòng 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp.</u> <u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn cai nghiện. Chúng tôi bao trả hai lần tư vấn cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng, tuy nhiên, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ phí tổn được áp dụng. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp.</u>	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các quyền lợi phòng ngừa cai thuốc lá và ngừng sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.
Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (Supervised Exercise Therapy, SET) SET được bao trả cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD) và được bác sĩ phụ trách điều trị PAD giới thiệu. Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần được đài thọ nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi tập kéo dài 30-60 phút, trong đó có một chương trình tập luyện trị liệu cho PAD ở những bệnh nhân đi khắp khiêng • Được tiến hành tại bệnh viện ngoại trú hoặc tại văn phòng bác sĩ • Được cung cấp bởi nhân viên phụ trợ đủ trình độ cần thiết để đảm bảo lợi ích nhiều hơn tác hại và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc y tá hành nghề/y tá chuyên khoa lâm sàng, những người phải được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả hơn 36 buổi trong 12 tuần thêm 36 buổi trong một khoảng thời gian kéo dài nếu chuyên gia chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ SET cho PAD được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu. Ngoài mạng lưới 30% chi phí cho mỗi dịch vụ SET cho PAD được Medicare bao trả do bác sĩ của quý vị yêu cầu.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ Chăm sóc Hỗ trợ Phương pháp chăm sóc toàn diện nếu quý vị bị bệnh nghiêm trọng hoặc tiến triển bao gồm ung thư Giai đoạn 3 hoặc 4, Suy tim xung huyết tiến triển (CHF), Bệnh phổi tiến triển (tức là COPD) hoặc bất kỳ bệnh tiến triển nào đáp ứng các yêu cầu của chính sách Chăm sóc Hỗ trợ. Quý vị sẽ được chăm sóc theo hướng thoải mái, trong khi tiếp tục được điều trị khỏi bệnh từ một nhóm các bác sĩ đa ngành. Chăm sóc Hỗ trợ chỉ được cung cấp khi quý vị được bác sĩ giới thiệu. - Chúng tôi bao trả cho các lần khám giới thiệu Chăm sóc Hỗ trợ mà quý vị được tư vấn về các lựa chọn Chăm sóc Hỗ trợ, bất kể sau đó quý vị có được tiếp nhận vào phương thức Chăm sóc Hỗ trợ hay không - Bảo hiểm được giới hạn trong 90 ngày theo lịch của các dịch vụ trong khoảng thời gian 12 tháng bắt đầu từ ngày đầu tiên các dịch vụ Chăm sóc Hỗ trợ được cung cấp* Để nhận được Chăm sóc Hỗ trợ, quý vị không được ghi danh tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. (Để biết thêm thông tin về chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, vui lòng xem <i>Chăm sóc Cuối đời</i>.)	Trong mạng lưới Có thể áp dụng các quy định về cho phép. (1) Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho các dịch vụ Chăm sóc Hỗ trợ*. (2)
Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp Một dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là 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 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 chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được, hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. 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.	Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho cơ sở cho mỗi lần thăm khám chăm sóc khẩn cấp cần thiết được bao trả. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bổ sung tại một cơ sở ngoài mạng lưới như một phần của lần khám chăm sóc cần thiết khẩn cấp, chi phí của quý vị là mức chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả cho nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết về khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ của bác sĩ (nếu được lập hóa đơn riêng), hãy xem <i>Dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề trong mạng lưới</i>, bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám của bác sĩ.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Trợ cấp Thực phẩm Lành mạnh và Tiện ích Gia đình theo Mô hình Thiết kế Bảo hiểm Dựa trên Giá trị (VBID) 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 Tiện ích Gia đình. Trợ cấp 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: • 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>.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Chăm sóc thị lực Các dịch vụ Medicare được bao trả bao gồm: • Các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích của mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi tác. Original Medicare không bao trả cho khám mắt định kỳ (khúc xạ mắt) đối với kính mắt/kính áp tròng • Đối với những người có nguy cơ cao bị tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm theo lịch. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, những người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên • Đối với những người mắc bệnh tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc do tiểu đường được bao trả mỗi năm một lần • Một cặp mắt kính hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm lắp một thấu kính nội nhãn. (Nếu quý vị có hai lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể giữ lại quyền lợi này sau lần phẫu thuật đầu tiên và mua hai mắt kính sau lần phẫu thuật thứ hai). • Cần có mắt kính/gọng kính điều chỉnh thị lực (và thay thế) sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể mà không cần cấy ghép	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho khám mắt được Medicare bao trả để chẩn đoán và điều trị các bệnh và thương tích ở mắt. \$0 tiền đồng thanh toán cho khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp được Medicare bao trả một lần mỗi năm theo lịch. \$0 tiền đồng thanh toán cho một cặp kính mắt được Medicare bao trả có gọng kính tiêu chuẩn hoặc kính áp tròng từ nhà cung cấp được Medicare phê duyệt sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể được Medicare bao trả. Ngoài mạng lưới 30% chi phí khám mắt được Medicare bao trả để chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích cho mắt. 30% chi phí sàng lọc bệnh tăng nhãn áp được Medicare bao trả mỗi năm một lần. 30% chi phí cho một cặp kính mắt được Medicare bao trả có gọng kính tiêu chuẩn hoặc kính áp tròng từ nhà cung cấp được Medicare phê duyệt sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể được Medicare bao trả. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Xem Chương 12 để biết định nghĩa về nhà cung cấp được Medicare phê duyệt. Nếu quý vị nhận được tư vấn, chẩn đoán hoặc điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa, vui lòng xem <i>Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành</i>, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ để biết mức chia sẻ chi phí. Trong mạng lưới \$0 đồng thanh toán cho một lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* Ngoài mạng lưới

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Chăm sóc nhãn khoa (tiếp theo) Các dịch vụ được bao trả bổ sung bao gồm: • Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm theo lịch* • Chương trình chi trả lên đến \$300 mỗi năm theo lịch khi kết hợp bất kỳ quyền lợi nào về kính mắt với gọng kính tiêu chuẩn, kính áp tròng hoặc lắp kính áp tròng* • Giải pháp di chuyển quốc tế: Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau khi quý khách đi ra nước ngoài*: ○ Nhận một cặp kính tạm thời trong trường hợp khẩn cấp ○ Nhận trợ giúp để tìm bác sĩ nhãn khoa (Áp dụng các quyền lợi ngoài mạng lưới) (Xem Mục 3.1 của chương này để biết danh sách các trường hợp loại trừ)	30% chi phí cho một lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới 100% cho bất kỳ số tiền nào vượt quá giới hạn bảo hiểm của chương trình đối với kính mắt thông thường. Chương trình chi trả lên đến \$300 mỗi năm dương lịch khi kết hợp bất kỳ quyền lợi nào về gọng kính, tròng kính, kính áp tròng hoặc lắp kính áp tròng.*
 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 (hoặc vắc-xin) nhất định) và giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần. Quan trọng: Chúng tôi chỉ bao trả cho thăm khám phòng ngừa 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.	Trong mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho dịch vụ EKG được thực hiện như một lần khám sàng lọc trong khuôn khổ của lần khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare. Ngoài mạng lưới \$0 tiền đồng thanh toán cho dịch vụ EKG được thực hiện như một lần khám sàng lọc trong khuôn khổ của lần khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare. Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào cho lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare”.

Lưu ý đối với Bảng Quyền lợi

(1) **Cho phép:** Một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ được đài thọ nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới khác nhận được “cho phép trước” từ chương trình của chúng tôi. Vì bác sĩ của quý vị sẽ cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị nên gửi tất cả hồ sơ y tế trong quá khứ đến văn phòng bác sĩ của mình. Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi. Một số loại thuốc chỉ được đài thọ nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khác trong mạng lưới nhận được “sự cho phép trước” từ chúng tôi. Các loại thuốc được bao trả cần cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc. Quý vị không cần sự cho phép trước để nhận các dịch vụ ngoài mạng lưới.

(2) **Phí đủ điều kiện:** HMSA cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ vượt quá những gì Original Medicare cung cấp thông qua các quyền lợi chương trình đặc biệt. Đối với các dịch vụ này, HMSA căn cứ vào các khoản thanh toán dựa trên các khoản phí đủ điều kiện. Chúng tôi tính toán khoản thanh toán và khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm của quý vị dựa trên khoản phí đủ điều kiện. Phí đủ điều kiện thấp hơn phí thực tế của nhà cung cấp hoặc số tiền chúng tôi xác định là phí tối đa được cho phép. Phí được cho phép tối đa là số tiền tối đa được thanh toán cho dịch vụ, tiếp liệu và/hoặc điều trị được bao trả.

Lưu ý: Phí đủ điều kiện không bao gồm thuế tiêu thụ đặc biệt hoặc thuế khác. Quý vị chịu trách nhiệm về tất cả các loại thuế liên quan đến các dịch vụ, tiếp liệu và/hoặc điều trị không được Medicare bao trả mà quý vị nhận được. Bộ phận Quan hệ Khách hàng của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị thông tin ước tính chung về khoản phí đủ điều kiện của quý vị.

(3) Đối với các lần thăm khám tại văn phòng mà quý vị nhận được tại cơ sở, quý vị chịu trách nhiệm về khoản đồng thanh toán như được thể hiện trong *Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành, bao gồm thăm khám tại phòng khám của bác sĩ* cho mỗi lần thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc thăm khám với bác sĩ chuyên khoa, hoặc *Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú*, hoặc *Dịch vụ ngoại trú điều trị lạm dụng được chất* cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc nhóm trên Bảng Quyền lợi Y tế. Ví dụ: Quý vị đến khám nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình tại văn phòng vệ tinh. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị tính phí thăm khám tại văn phòng và cơ sở sẽ tính phí cơ sở riêng. Quý vị sẽ chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

PHẦN 3 Những dịch vụ nào không được chương trình bao trả?

Phần 3.1	Các dịch vụ chương trình <i>không</i> bao trả (các loại trừ)
-----------------	---

Phần này cho quý vị biết những dịch vụ nào bị *loại trừ*.

Bảng dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật dụng mà hoặc không được chương trình bao trả theo bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được Medicare bao trả theo các điều kiện cụ thể. Bảng này cũng cho quý vị biết liệu dịch vụ hoặc vật dụng đó có được bao trả theo Medicaid hay không.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể được nêu rõ bên dưới. Ngay cả khi quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ tại cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được bao trả và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ được kháng nghị và quyết định sau kháng nghị là một dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lẽ phải thanh toán hoặc bao trả do tình huống cụ thể của

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng nghị quyết định không bao trả của chúng tôi cho dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 6.3 trong tài liệu này).

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Châm cứu		Dành cho những người bị đau lưng dưới mạn tính trong một số trường hợp nhất định
Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ		- Được bao trả trong trường hợp thương tích do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một hội viên bị dị dạng cơ thể. - Được bao trả cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như cho vú không bị ảnh hưởng để tạo ra hình dạng cân xứng.
Chăm sóc giám hộ Chăm sóc giám hộ là hình thức chăm sóc cá nhân không yêu cầu nhân viên y tế hay hỗ trợ y tế đã qua đào tạo phải liên tục chú ý, chẳng hạn như loại hình chăm sóc giúp quý vị trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như là tắm giặt.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào Nếu dịch vụ này được Medicaid bao trả, chương trình Medicaid của quý vị có thể yêu cầu cho phép trước.	
Các thủ thuật, thiết bị và thuốc thử nghiệm y tế và phẫu thuật. Các thủ thuật và vật dụng thử nghiệm là những vật dụng và thủ thuật do Original Medicare xác định không được cộng đồng y tế chấp nhận nói chung.		Có thể được Original Medicare bao trả theo một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc được chương trình của chúng tôi bao trả. (Xem Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu khảo sát lâm sàng).
Chi phí tính cho dịch vụ chăm sóc bởi người thân hoặc hội viên trong gia đình của quý vị.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào Nếu dịch vụ này được Medicaid bao trả, chương trình Medicaid của quý vị có thể yêu cầu cho phép trước.	
Bữa ăn giao tận nhà	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào Nếu dịch vụ này được Medicaid bao trả, chương trình Medicaid của quý vị có thể yêu cầu cho phép trước.	
Các dịch vụ nội trợ bao gồm hỗ trợ cơ bản cho gia đình, như dọn phòng hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào Nếu dịch vụ này được Medicaid bao trả, chương trình Medicaid của quý vị có thể yêu cầu cho phép trước.	
Các dịch vụ liệu pháp thiên nhiên (sử dụng điều trị bằng thiên nhiên hoặc thay thế).	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	
Chăm sóc nha khoa không định kỳ.		Chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh tật hoặc thương tích có thể được bao trả như chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.
Giày chỉnh hình hoặc các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân		Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu cho người bị bệnh bàn chân do tiểu đường gây ra.
Thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú nhận được ở nước ngoài	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc truyền hình.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	
Phòng riêng trong bệnh viện.		Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.
Thẻ thức khôi phục khả năng sinh sản và/hoặc các vật dụng tránh thai không theo toa.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	
Chăm sóc chỉnh hình định kỳ		Chúng tôi chỉ bao trả cho nắn bóp cột sống để điều chỉnh trật khớp.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như làm sạch, trám răng hoặc làm răng giả.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào QUEST (Medicaid) sẽ bao trả cho các dịch vụ chẩn đoán, phòng ngừa, phục hồi và một số dịch vụ răng giả. Nếu dịch vụ này được Medicaid bao trả, chương trình Medicaid của quý vị có thể yêu cầu cho phép trước.	
Khám mắt định kỳ, kính mắt, giải phẫu giác mạc hướng tâm, phẫu thuật LASIK và các dụng cụ hỗ trợ thị lực kém khác.	Sẽ không chi trả cho: kính áp tròng hoặc gọng kính bị vỡ, bị mất hoặc bị đánh cắp; kính râm; miếng đệm kê đơn cho mặt nạ lặn và bất kỳ kính bảo hộ nào; kính công nghiệp hoặc kính an toàn không kê đơn; các vật dụng không tiêu chuẩn cho kính áp tròng bao gồm nhuộm màu, pha màu, kính áp tròng quá khô và kính hai tròng và kính ba tròng vô hình, sửa chữa và thay thế các bộ phận gọng kính và phụ kiện.	Một cặp kính mắt (hoặc kính áp tròng) được bao trả cho những người phẫu thuật đục thủy tinh thể. Khám mắt định kỳ và bất kỳ sự kết hợp nào của kính mắt với gọng tiêu chuẩn, kính áp tròng và lắp kính áp tròng đều được bao trả như là quyền lợi bổ sung. Vui lòng xem <i>Chăm sóc nhãn khoa</i> để biết thêm thông tin về các dịch vụ chúng tôi bao trả.

Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong các điều kiện cụ thể
Chăm sóc chân thường lệ		Một số khoản bao trả giới hạn được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare (ví dụ: nếu quý vị bị tiểu đường).
Kiểm tra thính giác định kỳ, kiểm tra máy trợ thính hoặc kiểm tra lắp máy trợ thính.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào Nếu dịch vụ này được Medicaid bao trả, chương trình Medicaid của quý vị có thể yêu cầu cho phép trước.	
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo các tiêu chuẩn của Original Medicare.	Không được bao trả trong bất kỳ trường hợp nào	

CHƯƠNG 5:

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



Quý vị có thể nhận thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?

Vì quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị hội đủ điều kiện và đang nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của quý vị. Bởi vì quý vị đang tham gia chương trình “Trợ giúp Bổ sung”, **một số thông tin trong *Chứng từ Bảo hiểm này về chi phí thuốc kê toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị***. Chúng tôi đã gửi kèm cho quý vị một phụ lục riêng có tên là điều khoản riêng của *Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người được nhận Trợ giúp Bổ sung để Thanh toán Thuốc theo toa* (còn được gọi là Điều khoản riêng về Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp hoặc Điều khoản riêng LIS), trong đó cho quý vị biết về các chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ lục này, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu cung cấp Điều khoản riêng LIS. (Các số điện thoại của Bộ phận Quan hệ Khách hàng được in ở bìa sau của tài liệu này.)

PHẦN 1

Giới thiệu

Chương này **giải thích các quy tắc sử dụng khoản bao trả thuốc Phần D của quý vị**. Vui lòng xem Chương 4 để biết các quyền lợi thuốc Medicare Phần B và quyền lợi thuốc chăm sóc cuối đời.

Ngoài khoản đài thọ thuốc Phần D của quý vị, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* cũng bao trả một số loại thuốc theo quyền lợi y tế của chương trình. Thông qua việc bao trả các quyền lợi Medicare Phần A, chương trình của chúng tôi thường bao trả các loại thuốc quý vị được cung cấp trong thời gian nằm viện hoặc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được bao trả. Thông qua việc bao trả các quyền lợi Medicare Phần B, chương trình của chúng tôi bao trả các loại thuốc nhất định bao gồm thuốc hóa trị, một số thuốc chích mà quý vị được cung cấp trong một lần thăm khám tại văn phòng và các loại thuốc quý vị được cung cấp tại một cơ sở lọc máu. Chương 4 (*Bảng Quyền lợi Y tế, các dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả*) cho biết các quyền lợi và chi phí thuốc trong thời gian nằm viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được bao trả, cũng như các quyền lợi và chi phí của quý vị cho thuốc Phần B.

Thuốc của quý vị có thể được chương trình của chúng tôi bao trả nếu quý vị đang ở trong chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare. Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả các dịch vụ và thuốc Medicare Phần A, B và D không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan và do đó không được bao trả theo quyền lợi chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Phần 9.4 (*Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao*). Để biết thông tin về khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc cuối đời, hãy xem phần dịch vụ chăm sóc cuối đời của Chương 4 (*Bảng Quyền lợi Y tế, các dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải thanh toán*).

Các phần sau đây bàn thảo về bao trả cho thuốc của quý vị theo các quy tắc quyền lợi Phần D của chương trình. Phần 9, *Khoản bao trả thuốc Phần D trong các trường hợp đặc biệt* có thêm thông tin về khoản bao trả Phần D của quý vị và Original Medicare.

Ngoài các loại thuốc được Medicare bao trả, một số loại thuốc theo toa được bao trả cho quý vị theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc Medicaid của mình bằng cách liên hệ với chương trình bảo hiểm y tế Medicaid của quý vị hoặc Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawai‘i, Bộ phận MedQUEST. Xem Chương 2, Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ.

Phần 1.1 Những quy tắc cơ bản đối với bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình

Nói chung, chương trình sẽ bao trả thuốc cho quý vị miễn là quý vị tuân theo các quy tắc cơ bản sau đây:

- Quý vị phải có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (bác sĩ, nha sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác) kê toa cho quý vị một loại thuốc phải có hiệu lực theo luật hiện hành của tiểu bang.
- Bác sĩ kê toa của quý vị không được nằm trong Danh sách Loại trừ hoặc Ngoại lệ của Medicare.
- Quý vị thường phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để kê đơn thuốc của quý vị. (Xem Phần 2 của chương này.)
- Thuốc của quý vị phải nằm trong *Danh sách Thuốc được Bao trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình (chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”). (Xem Phần 3 của chương này.)
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là sử dụng một loại thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo khuyến nghị. (Xem Phần 3 trong chương này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Thuốc của quý vị có thể cần được phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả. (Xem Phần 4 của chương này để biết thêm thông tin về các hạn chế đối với bảo hiểm của quý vị.)

PHẦN 2 Mua thuốc kê toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua bưu điện của chương trình

Phần 2.1 Sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê toa của quý vị *chỉ* được bao trả nếu lấy tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. (Xem Phần 2.5 để biết thêm thông tin khi nào chúng tôi bao trả cho thuốc kê toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới).

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

Phần 2.2 Các nhà thuốc trong mạng lưới

Quý vị tìm nhà thuốc trong mạng lưới tại khu vực của mình như thế nào?

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp* của mình, truy cập trang web của chúng tôi (www.hmsa.com/advantage) và/hoặc gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng.

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

Điều gì xảy ra nếu nhà thuốc mà quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới?

Nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm nhà thuốc khác trong khu vực của mình, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Bộ phận Quan hệ Khách hàng hoặc sử dụng *Danh mục Nhà cung cấp*. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.hmsa.com/advantage.

Nếu quý vị cần một nhà thuốc chuyên khoa thì sao?

Một số loại thuốc kê toa phải lấy thuốc tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà. Các nhà thuốc dịch vụ tiêm truyền tại nhà phục vụ tất cả các hòn đảo dù chúng có thể không nằm trên tất cả các hòn đảo.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho đối tượng chăm sóc dài hạn (long-term care, LTC). Thông thường, một cơ sở LTC (như nhà điều dưỡng) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc tiếp cận các quyền lợi Phần D tại một cơ sở LTC, vui lòng liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng.
- Các nhà thuốc phục vụ cho Dịch vụ Sức khỏe Dành cho Người Da Đỏ / Bộ Lạc / Chương trình Sức khỏe Dành cho Người Da Đỏ Đô thị (không có tại Puerto Rico). Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, chỉ những người Mỹ Bản địa hoặc Người bản địa Alaska mới được tiếp cận những nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc phân phối thuốc bị FDA hạn chế đến một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, phối hợp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc giáo dục về cách sử dụng. Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, vui lòng xem *Danh mục Nhà cung cấp* của quý vị hoặc gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Nói chung, các loại thuốc được cung cấp thông qua đặt mua qua bưu điện là các loại thuốc mà quý vị thường xuyên dùng, cho một bệnh trạng mạn tính hoặc dài hạn. Các loại thuốc *không* có sẵn thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình được đánh dấu hoa thị cùng với “NM” biểu thị không được cung cấp qua đường bưu điện trong “Danh sách Thuốc” của chúng tôi.

Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt mua **lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày**.

Để nhận các mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, hãy đăng nhập vào HMSA MyAccount của quý vị và truy cập vào mục Quyền lợi Thuốc hoặc gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 18554793659. Số điện thoại miễn cước này hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Thông thường, thuốc đặt mua qua bưu điện sẽ được gửi đến quý vị trong không quá 10 ngày. Nếu nhà thuốc đặt mua qua bưu điện dự kiến đơn hàng sẽ bị chậm trễ, họ sẽ thông báo cho quý vị về sự chậm trễ này. Nếu quý vị cần yêu cầu đặt hàng gấp do chậm trễ đặt hàng qua bưu điện, quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số điện thoại miễn cước 18554793659 để thảo luận về các tùy chọn có thể bao gồm việc mua thuốc tại một nhà thuốc bán lẻ địa phương hoặc đẩy nhanh phương pháp vận chuyển. Người dùng TTY xin gọi số 711. Cung cấp cho người đại diện số ID và (các) số toa thuốc của quý vị. Nếu quý vị muốn

Chương 5 Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D

giao thuốc vào ngày thứ hai hoặc ngày tiếp theo, quý vị có thể yêu cầu đại diện Chăm sóc Khách hàng trả thêm phí.

Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được trực tiếp từ văn phòng bác sĩ của quý vị.

Nhà thuốc sẽ tự động mua và giao thuốc theo toa mới mà họ nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần trao đổi trước với quý vị nếu:

- Trước đây quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện với chương trình này, hoặc
- Quý vị đăng ký tự động giao tất cả các toa thuốc mới nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu tự động giao các loại thuốc cụ thể bất cứ lúc nào bằng cách đăng nhập vào HMSA MyAccount của quý vị và đi tới phần Quyền lợi Thuốc hoặc gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng theo số miễn cước 18554793659. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Nếu quý vị nhận được toa thuốc tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, và quý vị chưa được liên lạc để xem quý vị có muốn toa thuốc đó hay không trước khi được vận chuyển thì quý vị có thể đủ điều kiện được hoàn tiền.

Nếu quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện trước đây và không muốn nhà thuốc tự động mua và gửi từng toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách đăng nhập vào HMSA MyAccount và truy cập vào mục Quyền lợi Thuốc hoặc gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số miễn cước 1855479-3659. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động mua thuốc theo toa mới, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi lần nhà thuốc nhận được thuốc theo toa mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem quý vị có muốn mua và gửi thuốc ngay lập tức hay không. Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi lần nhà thuốc liên lạc với quý vị, để cho họ biết nên vận chuyển, trì hoãn hay hủy toa thuốc mới.

Mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện. Để mua thêm thuốc, quý vị có tùy chọn đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ tự động xử lý yêu cầu mua thêm thuốc tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị gần hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước khi vận chuyển mỗi lần mua thêm thuốc để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy bỏ việc mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm thuốc kê toa của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện gửi toa thuốc cho quý vị, vui lòng liên hệ với nhà thuốc của quý vị 15 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được giao cho quý vị kịp thời.

Để chọn không tham gia chương trình của chúng tôi tự động chuẩn bị mua thêm thuốc đặt mua qua bưu điện, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách đăng nhập vào HMSA MyAccount của quý vị và truy cập vào Quyền lợi Thuốc hoặc gọi đến số điện thoại miễn cước của bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số điện thoại 18554793659. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Nếu quý vị nhận được thuốc kê toa mua thêm tự động qua đường bưu điện mà quý vị không mong muốn, quý vị có thể đủ điều kiện được hoàn tiền.

Phần 2.4 Quý vị có thể nhận lượng thuốc dùng dài hạn bằng cách nào?

Khi quý vị nhận lượng thuốc dùng dài hạn, khoản chia sẻ phí tổn của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình đưa ra hai cách để nhận được lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là lượng thuốc dùng kéo dài) của thuốc duy trì trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là các loại thuốc mà quý vị thường xuyên dùng, cho một bệnh trạng mạn tính hoặc dài hạn.)

1. **Một số nhà thuốc bán lẻ** trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị nhận được lượng thuốc duy trì dài hạn. *Danh mục Nhà cung cấp* của quý vị tại <https://www.hmsa.com/advantage> cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể nhận thuốc duy trì thông qua chương trình đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi. Vui lòng xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

Phần 2.5 Khi nào quý vị có thể sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình?**Thuốc kê toa của quý vị có thể được bao trả trong một số trường hợp**

Nói chung, chúng tôi *chỉ* bao trả cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc kê toa với tư cách là hội viên chương trình. **Vui lòng kiểm tra trước với Bộ phận Quan hệ Khách hàng** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới gần đó không. Quý vị có thể sẽ phải trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị phải trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Sau đây là những trường hợp mà chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc kê toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới:

- Các toa thuốc quý vị nhận được liên quan đến chăm sóc cấp cứu (không áp dụng bên ngoài Hoa Kỳ).
- Các toa thuốc quý vị nhận được liên quan đến chăm sóc cần thiết khẩn cấp khi không có nhà cung cấp trong mạng lưới (không áp dụng bên ngoài Hoa Kỳ).
- Vắc-xin Phần D được cung cấp tại văn phòng bác sĩ của quý vị.
- Các nhà thuốc khác trong mạng lưới không có sẵn thuốc theo toa của quý vị.
- Tình trạng khẩn cấp về thảm họa Liên bang hoặc y tế công cộng đã được tuyên bố. Trong trường hợp này, chương trình có thể dỡ bỏ các hạn chế đối với các khu vực bị ảnh hưởng.

Ngay cả khi chúng tôi bao trả cho các loại thuốc quý vị nhận được tại nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị vẫn có thể phải trả nhiều hơn số tiền quý vị đã trả nếu quý vị đã đến nhà thuốc trong mạng lưới.

Quý vị gửi yêu cầu bồi hoàn tới chương trình như thế nào?

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí (thay vì phần chi phí thông thường của quý vị) tại thời điểm mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần chi phí của chúng tôi. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu chương trình hoàn lại tiền cho quý vị).

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

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

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Bao trả (Danh Mục Thuốc)*. Trong *Chứng từ Bảo hiểm* này, **chúng tôi gọi tắt đó là Danh Sách Thuốc**.

Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự trợ giúp của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare phê duyệt.

Danh Sách Thuốc bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần D. Ngoài các loại thuốc được Medicare bao trả, một số loại thuốc theo toa được bao trả cho quý vị theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết cách tìm hiểu về bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị.

Thông thường chúng tôi sẽ bao trả cho một loại thuốc trong Danh sách Thuốc của chương trình miễn là quý vị tuân theo các quy tắc bao trả khác được giải thích trong chương này và việc sử dụng thuốc là chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng thuốc *mà*:

- Được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng mà thuốc được kê toa hoặc
- Được khuyến nghị bởi một số tài liệu tham khảo nhất định như Thông tin về Danh mục thuốc Dịch vụ Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin Micromedex DRUGDEX.

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

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

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

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

Thuốc Không Theo Toa

Chương trình của chúng tôi cũng bao trả một số loại thuốc mua tự do. Một số loại thuốc mua tự do rẻ hơn thuốc kê toa và cũng có hiệu quả tương tự. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng. Xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về quyền lợi không kê toa của chúng tôi.

Những thuốc nào *không* có trong Danh Sách Thuốc?

Chương trình không bao trả tất cả các loại thuốc kê toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả một số loại thuốc nhất định. Xem Phần 7.1 của chương này để biết thêm thông tin về vấn đề này).
- Trong các trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào Danh Sách Thuốc. Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc. (Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 9.)

Phần 3.2 **Làm thế nào quý vị biết được một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc hay không?**

Quý vị có 4 cách để tìm hiểu:

1. Kiểm tra Danh Sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang web của chương trình (www.hmsa.com/advantage). Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là mới nhất.
3. Hãy gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc của chương trình hay không hoặc để yêu cầu một bản sao của danh sách.
4. Sử dụng “Công cụ Quyền lợi Thời gian thực” của chương trình (thông qua HMSA MyAccount của quý vị hoặc bằng cách gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc để xem ước tính số tiền quý vị sẽ chi trả và liệu có loại thuốc thay thế nào trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị tình trạng tương tự hay không. Để truy cập vào “Real-Time Benefit Tool” (Công cụ Quyền lợi Thời gian thực), hãy đăng nhập vào HMSA MyAccount của quý vị và đi tới phần Manage My Drugs Online (Quản lý Thuốc của tôi trực tuyến). Sau đó, nhấp vào “Plan & Benefits” (Chương trình & Quyền lợi), “Rx Savings” (Tiết kiệm cho Rx) từ menu thả xuống và chọn “Check Drug Cost & Coverage” (Kiểm tra Chi phí & Bao trả Thuốc).

PHẦN 4 **Có những hạn chế nào đối với khoản bao trả cho một số loại thuốc**

Phần 4.1 **Tại sao một số loại thuốc bị áp dụng hạn chế?**

Đối với một số loại thuốc kê toa, chương trình có các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình bao trả cho các loại thuốc đó. Một nhóm các bác sĩ và dược sĩ đã phát triển những quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo những cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho một loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy xem Danh Sách Thuốc. Nếu một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn sẽ có tác dụng tốt về mặt y tế như một loại thuốc chi phí cao hơn, các quy tắc của chương trình được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sử dụng lựa chọn chi phí thấp hơn đó.

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều hơn một lần trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Đó là vì cùng một loại thuốc có thể khác nhau dựa trên hàm lượng, số lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị kê toa và các hạn chế hoặc mức chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản khác nhau của thuốc (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một viên mỗi ngày so với hai viên mỗi ngày; viên nén so với chất lỏng).

Phần 4.2 Có những loại hạn chế nào?

Các phần dưới đây cho quý vị biết thêm về các loại hạn chế chúng tôi sử dụng cho một số loại thuốc nhất định.

Nếu có hạn chế đối với thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bao trả cho thuốc đó. Liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng để tìm hiểu xem quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ cần làm gì để được bao trả cho thuốc. Nếu quý vị muốn chúng tôi từ bỏ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình quyết định bao trả và yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý bỏ hạn chế đối với quý vị. (Xem Chương 9.)

Nhận được phê duyệt trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cần được chương trình chấp thuận trước, trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó cho quý vị. Đây được gọi là **cho phép trước**. Điều này được thực hiện để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng thích hợp một số loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không nhận được phê duyệt trước này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình bao trả.

Thử dùng một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này khuyến khích quý vị thử dùng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường hiệu quả như nhau trước khi chương trình bao trả loại thuốc khác. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng và Thuốc A ít tốn kém hơn, chương trình có thể yêu cầu quý vị dùng thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không hiệu quả với quý vị, chương trình sẽ bao trả cho Thuốc B. Yêu cầu thử dùng một loại thuốc khác trước được gọi là **liệu pháp từng bước**.

Hạn chế về số lượng

Đối với một số loại thuốc nhất định, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần quý vị mua thuốc kê toa. Ví dụ, nếu thường được coi là an toàn khi chỉ dùng một viên mỗi ngày cho một loại thuốc nhất định, chúng tôi có thể giới hạn bao trả cho toa thuốc của quý vị không quá một viên mỗi ngày.

PHẦN 5 Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả thì sao?

Phần 5.1 Có một số việc quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả

Có những tình huống mà có một loại thuốc kê toa quý vị đang dùng, hoặc một loại thuốc mà quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng không có trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc có trong danh mục thuốc nhưng bị hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc có thể không được bao trả chút nào. Hoặc có thể là phiên bản thuốc gốc của loại thuốc này được bao trả nhưng phiên bản thuốc biệt dược mà quý vị muốn dùng không được bao trả.
- Thuốc này được bao trả, nhưng có những quy tắc hoặc hạn chế bổ sung đối với khoản bao trả cho loại thuốc đó, như được giải thích ở Phần 4.
- Có một số việc quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả.
- **Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, hãy xem Phần 5.2 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm.**

Phần 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc bị giới hạn theo một cách nào đó

Nếu thuốc của quý vị không trong Danh Sách Thuốc hoặc bị hạn chế, đây là những lựa chọn cho quý vị:

- Quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời của loại thuốc đó.
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ và yêu cầu chương trình bao trả cho thuốc hoặc loại bỏ các hạn chế đối với thuốc.

Quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình phải cung cấp lượng thuốc tạm thời mà quý vị đang dùng. Lượng thuốc tạm thời này giúp quý vị có thời gian để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình về sự thay đổi.

Để đủ điều kiện nhận lượng thuốc tạm thời, loại thuốc quý vị đang dùng **không được nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình nữa HOẶC hiện bị hạn chế theo một cách nào đó.**

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả cho lượng thuốc tạm thời của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành hội viên của chương trình.**
- **Nếu quý vị tham gia chương trình vào năm ngoài**, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc tạm thời của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch.**
- Lượng thuốc dùng tạm thời này sẽ đủ dùng tối đa trong 30 ngày. Nếu thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép lấy nhiều lần để cung cấp một lượng thuốc tối đa là 30 ngày. Thuốc

Chương 5 Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D

kê toa phải mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với lượng nhỏ hơn mỗi lần để tránh lãng phí).

- **Đối với các hội viên đã tham gia chương trình hơn 90 ngày và đang ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần thuốc ngay:**

Chúng tôi sẽ bao trả cho lượng thuốc cụ thể đủ dùng trong 31 ngày, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Đây là phần bổ sung cho trường hợp cấp thuốc dùng tạm thời nêu trên.

- **Đối với những hội viên tham gia chương trình và thay đổi mức độ chăm sóc:**

Chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc cụ thể đủ dùng trong tối đa 31 ngày (tùy thuộc vào việc quý vị có cư trú tại cơ sở LTC hay không), hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn trong vòng 90 ngày đầu tiên kể từ khi thay đổi mức độ chăm sóc.

Nếu có thắc mắc về lượng thuốc tạm thời, hãy gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Trong thời gian quý vị sử dụng thuốc dùng tạm thời, quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình để quyết định cần làm gì khi nguồn cung tạm thời của quý vị hết. Quý vị có hai lựa chọn:

1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về việc liệu có loại thuốc khác được chương trình bao trả có thể hiệu quả với quý vị hay không. Quý vị có thể gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả để điều trị cùng một bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tìm một loại thuốc được bao trả hiệu quả với quý vị.

2) Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ

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

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

Nếu quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình muốn yêu cầu trường hợp ngoại lệ, Chương 9, Phần 7.4 cho biết điều quý vị cần làm. Tài liệu này giải thích các thủ tục và thời hạn do Medicare quy định để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời và công bằng.

PHẦN 6 Nếu bao trả của quý vị thay đổi đối với một trong các loại thuốc quý vị dùng thì sao?

Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

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

- **Thêm hoặc xóa thuốc khỏi Danh Sách Thuốc.**
- **Thêm hoặc loại bỏ hạn chế về bảo hiểm cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc.**
- **Thay thế một sản phẩm sinh học ban đầu bằng một phiên bản thuốc tương tự sinh học có thể thay đổi của sản phẩm sinh học.**

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

Xem Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc được thảo luận trong chương này.

Phần 6.2 Nếu bao trả thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng thì sao?

Thông tin về những thay đổi đối với bao trả thuốc

Khi những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc xảy ra trong năm, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến của chúng tôi thường xuyên. Phần này mô tả các loại thay đổi chúng tôi có thể thực hiện đối với Danh sách Thuốc và thời điểm quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với một loại thuốc mà quý vị đang dùng.

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

- **Thêm các loại thuốc mới vào Danh Sách Thuốc và ngay lập tức loại bỏ hoặc thay đổi một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc.**
 - Khi thêm một phiên bản mới của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản mới của thuốc sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi đang thêm một phiên bản nhãn hiệu thuốc gốc mới hoặc thêm một số phiên bản thuốc tương tự sinh học mới nhất định của một sản phẩm sinh học ban đầu đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và cho quý vị biết sau, ngay cả khi quý vị đang dùng thuốc mà chúng tôi đang loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi. Nếu quý vị đang dùng thuốc tương tự tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm thuốc vào Danh Sách Thuốc và loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc có thông báo trước.**

Chương 5 Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D

- Khi thêm một phiên bản thuốc khác vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển thuốc đó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản của loại thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
- Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi đang thêm một phiên bản thuốc gốc mới của một loại biệt dược hoặc thêm một số phiên bản tương tự sinh học mới nhất định của một sản phẩm sinh học ban đầu đã có trong Danh Sách Thuốc.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi, hoặc cho quý vị biết về thay đổi đó và bao trả cho lượng thuốc dùng trong 30 ngày của phiên bản thuốc quý vị đang dùng
- **Loại bỏ các loại thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc bị ngừng bán ra thị trường**
 - Đôi khi, một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc được đưa ra khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức bỏ thuốc khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
- **Những thay đổi khác đối với thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác sau khi năm chương trình đã bắt đầu mà có thể ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ, chúng tôi cũng có thể thay đổi dựa trên cảnh báo đóng hộp của FDA hoặc hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
 - Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi này, hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả thêm lượng thuốc dùng trong 30 ngày của thuốc quý vị đang dùng.

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

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

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

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

- Chúng tôi đặt ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi loại bỏ thuốc của quý vị khỏi Danh Sách Thuốc.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra với một loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ do ngừng bán ra thị trường, một loại thuốc gốc thay thế một loại thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được ghi chú trong các phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị hoặc phần quý vị phải trả như là chia sẻ chi phí của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo.

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

PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình bao trả?

Phần 7.1 Các loại thuốc mà chúng tôi không bao trả

Phần này cho quý vị biết loại thuốc kê toa nào bị loại trừ. Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho các loại thuốc này.

Nếu quý vị kháng nghị và phát hiện thuốc được yêu cầu không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả cho thuốc đó. (Để biết thông tin về việc kháng nghị quyết định, hãy xem Chương 9.) Nếu loại thuốc được chương trình của chúng tôi loại trừ cũng bị Medicaid loại trừ, quý vị phải tự thanh toán.

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

- Khoản bao trả thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể bao trả cho loại thuốc sẽ được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B.
- Chương trình của chúng tôi không bao trả cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho trường hợp sử dụng *ngoài hướng dẫn* khi việc sử dụng không được khuyến nghị bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin về Danh mục thuốc Dịch vụ Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin Micromedex DRUGDEX. *Sử dụng ngoài hướng dẫn* là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào ngoài những mục đích được chỉ định trên nhãn thuốc theo phê duyệt của Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm.

Cũng theo luật thì những nhóm thuốc được liệt kê dưới đây không được bao trả bởi các chương trình bảo hiểm thuốc Medicare. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được bao trả cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị. Tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc Medicaid bằng cách liên hệ với chương trình bảo hiểm y tế Medicaid hoặc Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawai'i, Bộ phận Med-QUEST. Xem Chương 2, Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ.

- Các thuốc không theo toa (hay còn gọi là thuốc không kê đơn).
- Các thuốc dùng để thúc đẩy khả năng sinh sản.
- Các thuốc dùng để giảm triệu chứng ho hoặc cảm lạnh.
- Các thuốc dùng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích tóc phát triển.
- Các loại vitamin và sản phẩm khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin tiền sinh và chế phẩm florua.
- Các thuốc dùng để điều trị chứng loạn chức năng tình dục hoặc cương dương.
- Các thuốc dùng để điều trị chứng biếng ăn, giảm cân hoặc tăng cân.
- Các thuốc ngoại trú mà nhà sản xuất đặt điều kiện chỉ bán khi mua riêng các dịch vụ xét nghiệm hoặc giám sát đi kèm từ chính nhà sản xuất đó.

Nếu quý vị đang nhận “Trợ giúp Bổ sung” để thanh toán cho thuốc kê toa của mình, chương trình “Trợ giúp Bổ sung” sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. Tuy nhiên, nếu quý vị có

Chương 5 Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D

bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể bao trả một số loại thuốc kê toa thường không được bao trả trong chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare. Vui lòng liên hệ với chương trình Medicaid tại tiểu bang của quý vị để xác định những khoản bao trả thuốc nào có thể có sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6).

PHẦN 8 Mua thuốc kê toa

Phần 8.1 Cung cấp thông tin hội viên của quý vị

Để mua thuốc kê toa, hãy cung cấp thông tin hội viên chương trình của quý vị, thông tin này có thể tìm thấy trên thẻ hội viên của quý vị, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình đối với phần chia sẻ chi phí thuốc *của chúng tôi* cho chi phí thuốc của quý vị. Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhà thuốc phần chi phí *của quý vị* khi quý vị nhận thuốc kê toa.

Phần 8.2 Nếu quý vị không có thông tin hội viên thì sao?

Nếu quý vị không có thông tin hội viên chương trình khi mua thuốc kê toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình để lấy thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin đăng ký chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa khi quý vị nhận thuốc đó.** (Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần chi phí của chúng tôi. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình bồi hoàn).

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

Phần 9.1 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị đang ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình bao trả?

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

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

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

Kiểm tra *Danh mục Nhà cung cấp* tại <https://hmsa.com/advantage> để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC của quý vị hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận được quyền lợi Phần D thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Điều gì xảy ra nếu quý vị thường trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần một loại thuốc không có trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó?

Vui lòng tham khảo Mục 5.2 về lượng thuốc dùng tạm thời hoặc khẩn cấp.

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

Nếu quý vị hiện có bảo hiểm thuốc kê toa khác thông qua hãng sở của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị hoặc người chung sống không kết hôn của quý vị) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **quản trị viên quyền lợi của nhóm đó**. Họ có thể giúp quý vị xác định xem bảo hiểm thuốc kê toa hiện tại của quý vị sẽ phối hợp với chương trình của chúng tôi như thế nào.

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

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm đạt chuẩn:

Hàng năm, hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị phải gửi cho quý vị một thông báo cho biết bảo hiểm thuốc kê toa của năm dương lịch tiếp theo là đạt chuẩn.

Nếu bảo hiểm từ chương trình nhóm là đạt chuẩn, điều đó có nghĩa là chương trình có khoản bao trả thuốc được dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với khoản bao trả thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.

Lưu giữ các thông báo này về bảo hiểm đạt chuẩn này, bởi vì quý vị có thể cần đến sau này. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare bao gồm bảo hiểm thuốc Phần D, quý vị có thể cần những thông báo này để chứng nhận rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm đạt chuẩn đó. Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm đạt chuẩn, hãy yêu cầu một bản sao từ hãng sở của quý vị hoặc quản trị viên quyền lợi chương trình hưu trí hoặc hãng sở hoặc công đoàn.

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

Dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả cùng một loại thuốc cùng một lúc. Nếu quý vị được ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu) không được bao trả theo chương trình chăm sóc cuối đời của quý vị vì thuốc này không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ bác sĩ kê

Chương 5 Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D

đơn hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho biết rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi bao trả cho thuốc đó. Để tránh chậm trễ trong việc nhận những loại thuốc này mà chương trình của chúng tôi phải bao trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê toa của quý vị thông báo trước khi quý vị mua thuốc từ nhà thuốc.

Trong trường hợp quý vị thu hồi lựa chọn chăm sóc cuối đời hoặc được xuất viện khỏi nhà chăm sóc đặc biệt, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả tất cả các loại thuốc của quý vị như được giải thích trong tài liệu này. Để tránh chậm trễ việc mua thuốc tại một nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare kết thúc, hãy mang theo giấy tờ tới nhà thuốc để xác minh việc thu hồi hoặc xuất viện của quý vị.

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

Phần 10.1 Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn

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

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

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

Nếu chúng tôi phát hiện một vấn đề có thể xảy ra trong việc sử dụng thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để khắc phục vấn đề.

Phần 10.2 Chương trình Quản lý Thuốc (Drug Management Program, DMP) để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

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

- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa từ một nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa từ một bác sĩ kê toa nhất định.

- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

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

Quý vị sẽ không thể tham gia DMP của chúng tôi nếu quý vị có một số bệnh trạng nhất định, chẳng hạn như bị đau liên quan tới bệnh ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang được chăm sóc cuối đời, giảm nhẹ hoặc chăm sóc trước khi qua đời hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Mục 10.3

Chương trình Quản lý trị liệu Bằng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM) giúp các hội viên quản lý thuốc của mình

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

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

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được đề xuất của quý vị. Mang theo bản tóm tắt khi quý vị đến khám hoặc bất cứ khi nào quý vị bàn thảo với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, hãy mang theo danh sách thuốc cập nhật của quý vị (ví dụ, mang theo cùng ID của quý vị) trong trường hợp quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo cho

Chương 5 Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho thuốc kê toa Phần D

chúng tôi và chúng tôi sẽ rút quý vị khỏi chương trình. Vui lòng liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng nếu quý vị có thắc mắc về chương trình này.

CHƯƠNG 6:

*Số tiền quý vị phải trả cho
thuốc kê toa Phần D*

**Quý vị có thể nhận thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?**

Vì quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị hội đủ điều kiện và đang nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán chi phí thuốc theo toa của quý vị. Bởi vì quý vị đang tham gia chương trình “Trợ giúp Bổ sung”, **một số thông tin trong Chứng từ Bảo hiểm này về chi phí thuốc kê toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi kèm cho quý vị một phụ lục riêng có tên là điều khoản riêng của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người được nhận Trợ giúp Bổ sung để Thanh toán Thuốc theo toa (còn được gọi là Điều khoản riêng về Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp hoặc Điều khoản riêng LIS), trong đó cho quý vị biết về các chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ lục này, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu cung cấp Điều khoản riêng LIS.

PHẦN 1**Giới thiệu****Phần 1.1****Sử dụng chương này cùng với các tài liệu khác giải thích về bao trả thuốc của quý vị**

Chương này tập trung vào số tiền quý vị phải trả cho thuốc kê toa Phần D. Để đơn giản hóa, chúng tôi sử dụng từ *thuốc* trong chương này để nói đến thuốc kê toa Phần D. Như đã giải thích trong Chương 5, không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Phần D – một số loại thuốc bị loại trừ khỏi khoản bao trả Phần D theo luật. Một số loại thuốc bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc theo Medicaid.

Để hiểu thông tin thanh toán, quý vị cần biết những thông tin về loại thuốc được bao trả, nơi mua thuốc kê toa và những quy tắc cần tuân thủ khi quý vị nhận thuốc được bao trả. Chương 5, Phần 1 đến 4 giải thích các quy tắc này. Khi quý vị sử dụng “Công cụ Quyền lợi Thời gian thực” của chương trình để tra cứu khoản bao trả thuốc (xem Chương 5, Phần 3.3), chi phí được hiển thị được cung cấp theo “thời gian thực” có nghĩa là chi phí quý vị thấy trong công cụ phản ánh một thời điểm để cung cấp ước tính chi phí xuất túi mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị cũng có thể lấy thông tin do “Công cụ Quyền lợi Thời gian thực” cung cấp bằng cách gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Phần 1.2**Các loại chi phí xuất túi mà quý vị phải trả cho thuốc được bao trả**

Có nhiều loại chi phí xuất túi khác nhau cho thuốc Phần D. Số tiền mà quý vị trả cho một loại thuốc được gọi là **chia sẻ chi phí** và quý vị có thể được yêu cầu chi trả theo ba cách.

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

Phần 1.3**Cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị**

Medicare áp dụng các quy tắc về số lượng và số tiền *không* được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Dưới đây là các quy tắc chúng tôi phải tuân theo để theo dõi chi phí xuất túi của quý vị.

Những khoản thanh toán này được tính vào chi phí xuất túi của quý vị

Chi phí xuất túi của quý vị có thể bao gồm các khoản thanh toán được liệt kê dưới đây (miễn là thanh toán đó là cho thuốc được bao trả theo Phần D và quý vị tuân theo các quy tắc bao trả thuốc được giải thích trong Chương 5):

- Số tiền quý vị phải trả cho thuốc khi quý vị ở các giai đoạn thanh toán thuốc nào sau đây:
 - Giai đoạn Khấu trừ
 - Giai đoạn Bao trả Ban đầu
- Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là hội viên của chương trình thuốc kê toa Medicare khác trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Điều quan trọng là người trả tiền:

- Nếu quý vị **tự** trả các khoản tiền này, số tiền đó sẽ được tính vào chi phí xuất túi của quý vị.
- Các khoản thanh toán này *cũng được tính* vào chi phí xuất túi của quý vị nếu được thực hiện thay mặt quý vị bởi **một số cá nhân hoặc tổ chức khác**. Điều này bao gồm các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi bạn bè hoặc người thân, hầu hết các tổ chức từ thiện, chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS, chương trình bảo hiểm y tế của hãng sở hoặc công đoàn, TRICARE hoặc Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Dành cho Người Da Đỏ. Các khoản thanh toán được thực hiện bởi Chương trình “Trợ giúp Bổ sung” của Medicare cũng được tính.

Chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương:

Khi quý vị (hoặc người trả tiền thay mặt quý vị) đã chi tổng cộng \$2,000 chi phí xuất túi trong năm dương lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Những khoản thanh toán này không được tính vào chi phí xuất túi của quý vị

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

- Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.
- Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Các loại thuốc không được chương trình của chúng tôi bao trả.
- Thuốc quý vị mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của chương trình về bao trả ngoài mạng lưới.
- Thuốc chỉ được Medicaid bao trả. Tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc Medicaid của mình bằng cách liên hệ với chương trình bảo hiểm y tế Medicaid của quý vị hoặc Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawai'i, Bộ phận Med-QUEST. Thông tin liên hệ được liệt kê trong Chương 2 của tài liệu này.
- Các thuốc không phải thuốc Phần D, bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B và các loại thuốc khác bị loại trừ khỏi khoản bao trả Medicare.
- Các khoản thanh toán quý vị trả cho thuốc theo toa thường không được bao trả trong Chương trình Thuốc Theo Toa Medicare.
- Các khoản thanh toán cho các loại thuốc của quý vị do Cơ quan quản lý Sức khỏe Cựu chiến binh (VA) thực hiện.

- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi một bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán chi phí thuốc kê toa (ví dụ: Bồi thường Cho Người lao động).
- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi các nhà sản xuất thuốc theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất.

Lưu ý: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác như các tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí xuất túi của quý vị cho các loại thuốc, quý vị phải thông báo cho chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Quý vị có thể theo dõi tổng số tiền xuất túi của mình bằng cách nào?

- **Chúng tôi sẽ giúp quý vị.** Bản Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm (Explanation of Benefits, EOB) Phần D bao gồm số tiền hiện tại của chi phí xuất túi của quý vị. Khi số tiền này đạt mức \$2,000, báo cáo này sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã qua Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin cần thiết.** Phần 3.2 cho quý vị biết cần làm gì để đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về số tiền quý vị đã chi là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 2 Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán thuốc nào khi quý vị nhận thuốc

Phần 2.1 Các giai đoạn thanh toán thuốc cho hội viên *HMSA Akamai Advantage Dual Care* là gì?

Có ba **giai đoạn thanh toán thuốc** cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị theo *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào tại thời điểm quý vị mua hoặc mua thêm thuốc kê toa. Chi tiết của từng giai đoạn có trong Phần 4 đến 6 của chương này. Các giai đoạn là:

Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm

Giai đoạn 2: Giai đoạn Bao trả Ban đầu

Giai đoạn 3: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

PHẦN 3 Chúng tôi gửi cho quý vị báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và giai đoạn thanh toán hiện tại của quý vị

Phần 3.1 Chúng tôi gửi cho quý vị bản tóm tắt hàng tháng có tên là *Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm Phần D (EOB Phần D)*

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

- Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã trả. Đây được gọi là **Chi phí xuất túi** của quý vị. Điều này bao gồm những gì quý vị đã thanh toán khi quý vị nhận được thuốc Phần D được bao trả, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị bằng “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare, chương trình bảo hiểm y tế của hãng sở hoặc công đoàn, TRICARE, Dịch vụ Y tế dành cho Người da đỏ, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Chúng tôi theo dõi **Tổng Chi phí Thuốc** của quý vị. Đây là tổng tất cả các khoản thanh toán được thực hiện cho Thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Bao gồm những nội dung chương trình đã thanh toán, những nội dung quý vị đã thanh toán và những nội dung chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho các thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

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

- **Thông tin của tháng đó.** Báo cáo này cung cấp thông tin thanh toán chi tiết về các thuốc kê toa mà quý vị đã mua trong tháng trước. Bảng này cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chương trình đã thanh toán và số tiền quý vị và những người khác thay mặt quý vị thanh toán.
- **Tổng số tiền của năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Đây được gọi là thông tin từ đầu năm đến nay. Báo cáo này cho biết tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị bắt đầu từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về việc tăng giá từ lần mua đầu tiên cho mỗi yêu cầu chi trả quyền lợi thuốc kê toa có cùng số lượng.
- **Có thuốc kê toa thay thế có chi phí thấp hơn.** Báo cáo này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc có sẵn khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu chi trả quyền lợi thuốc kê toa, nếu áp dụng.

Phần 3.2 **Giúp chúng tôi cập nhật thông tin về các khoản thanh toán thuốc của quý vị**

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

- **Xuất trình thẻ hội viên của quý vị mỗi khi mua thuốc kê toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các toa thuốc quý vị đang mua và những gì quý vị đang thanh toán.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin cần thiết.** Đôi khi quý vị có thể chỉ trả toàn bộ chi phí cho một loại thuốc kê toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí xuất túi của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi chi phí xuất túi của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị. Dưới đây là ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của quý vị:
 - Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi.
 - Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
 - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bao trả tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc những lần khác quý vị đã trả toàn bộ giá của một loại thuốc được bao trả trong các trường hợp đặc biệt.
 - Nếu quý vị bị lập hóa đơn cho một loại thuốc được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã thực hiện cho quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán được thực hiện bởi chương trình trợ giúp thuốc điều trị AIDS (ADAP), Dịch vụ Y tế Dành cho Người Da Đỏ và các tổ chức từ thiện được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Lưu giữ hồ sơ về các khoản thanh toán này và gửi chúng tôi để theo dõi chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được EOB Phần D, hãy xem xét để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có thông tin gì đó bị thiếu hoặc quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số Bộ phận Quan hệ Khách hàng. Hãy nhớ giữ lại các báo cáo này.

PHẦN 4 **Trong Giai đoạn Khấu trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của mình**

Do hầu hết các hội viên của chúng tôi đều nhận được “Trợ giúp Bỏ 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 Bỏ sung”, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

Nếu quý vị không nhận “Trợ giúp Bỏ sung”, Giai đoạn Khấu trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho bảo hiểm thuốc của quý vị. Giai đoạn này bắt đầu khi quý vị mua thuốc theo toa lần đầu tiên trong năm. Khi quý vị ở trong giai đoạn thanh toán này, **quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của mình** cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ của chương trình, là \$590 cho năm 2025. 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. **Toàn bộ chi phí** thường thấp hơn giá thuốc đầy đủ bình thường, vì chương trình của chúng tôi đã thương lượng chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc tại các nhà thuốc trong mạng lưới.

Sau khi quý vị đã thanh toán \$590 cho chi phí thuốc, quý vị qua Giai đoạn Khấu trừ và chuyển sang Giai đoạn Bao trả Ban đầu.

PHẦN 5 **Trong Giai đoạn Bao trả Ban đầu, chương trình sẽ thanh toán phần chi phí thuốc của chương trình, còn quý vị thanh toán phần chi phí của mình**

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

Nếu quý vị nhận “Trợ giúp Bổ sung”, quý vị sẽ không phải trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm cho thuốc theo toa bác sĩ được bao trả trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

Nếu quý vị không nhận được “Trợ giúp Bổ sung” trong Giai đoạn Bao trả Ban đầu, chương trình thanh toán phần chi phí của chương trình cho thuốc theo toa được bao trả của quý vị, và quý vị thanh toán phần của mình (khoản đồng thanh toán *hoặc* đồng bảo hiểm). Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ khác nhau tùy thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc.

Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

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

- Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới.
- Nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Chúng tôi bao trả cho thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong một số trường hợp hạn chế. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để tìm hiểu khi nào chúng tôi bao trả cho thuốc kê toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chương trình.

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc này và việc mua thuốc theo toa của quý vị, hãy xem Chương 5 và *Danh mục Nhà cung cấp* của chương trình tại <https://hmsa.com/advantage>.

Phần 5.2 **Bảng liệt kê chi phí quý vị phải trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng**

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

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, chi phí cho thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị sẽ thấp hơn số tiền được liệt kê trong bảng bên dưới. Nếu quý vị có bảo hiểm QUEST (Medicaid), quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung.

Đối với các hội viên đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”:

Đối với thuốc Gốc/Uu tiên hoặc Đa nguồn gốc, quý vị sẽ phải chi trả:
\$0.

Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ phải chi trả:
\$0.

Chúng tôi gửi cho quý vị một phụ lục riêng có tên là “Điều khoản riêng của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người được nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán Thuốc theo toa” (còn được gọi là “Điều khoản riêng về Trợ cấp cho Người có thu nhập thấp” hoặc “Điều khoản riêng LIS”), trong đó cho quý vị biết về các chi phí thuốc của quý vị. Tham khảo Điều khoản riêng LIS của quý vị để biết thêm thông tin về những nội dung quý vị sẽ chi trả cho thuốc theo toa.

Đối với các hội viên KHÔNG đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”:

Quý vị sẽ chi trả chi phí sau đây cho thuốc theo toa của mình nếu quý vị KHÔNG đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để giúp chi trả cho chi phí thuốc theo toa của mình:

Chia sẻ phí tổn của quý vị khi quý vị nhận được lượng thuốc kê toa Phần D được bao trả đủ dùng trong *một tháng*:

	Chia sẻ phí tổn nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)	Chia sẻ phí tổn cho thuốc đặt mua qua bưu điện (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày)	Chia sẻ phí tổn ngoài mạng lưới (Chỉ được bao trả trong một số trường hợp nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết).(lượng thuốc tối đa đủ dùng trong 30 ngày)
Bậc				
Chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bao trả	25% chi phí	25% chi phí	25% chi phí	25% chi phí

Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả.

Vui lòng xem Phần 7 của chương này để biết thêm thông tin về chia sẻ chi phí vắc-xin Phần D.

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

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

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

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

Mục 5.4	Bảng liệt kê chi phí của quý vị lượng thuốc dùng dài hạn (100 ngày)
----------------	--

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

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, chi phí cho thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị sẽ thấp hơn số tiền được liệt kê trong bảng bên dưới. Nếu quý vị có bảo hiểm Medicare and QUEST (Medicaid), quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung.

Đối với các hội viên đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”:

Đối với thuốc Gốc/Ưu tiên hoặc Đa nguồn gốc, quý vị sẽ phải chi trả:
\$0.

Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ phải chi trả:
\$0.

Chúng tôi gửi cho quý vị một phụ lục riêng có tên là “Điều khoản riêng của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những người được nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán Thuốc theo toa” (còn được gọi là “Điều khoản riêng về Trợ cấp cho Người có thu nhập thấp” hoặc “Điều khoản riêng LIS”), trong đó cho quý vị biết về các chi phí thuốc của quý vị. Tham khảo Điều khoản riêng LIS của quý vị để biết thêm thông tin về những nội dung quý vị sẽ chi trả cho thuốc theo toa.

Đối với các hội viên KHÔNG đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung”:

Quý vị sẽ chi trả chi phí sau đây cho thuốc theo toa của mình nếu quý vị KHÔNG đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để giúp chi trả cho chi phí thuốc theo toa của mình:

Bảng dưới đây cho biết số tiền quý vị phải trả khi mua lượng thuốc dùng dài hạn.

Chia sẻ phí tổn của quý vị khi quý vị nhận được lượng thuốc kê toa Phần D được bao trả dùng dài hạn:

	Chia sẻ phí tổn nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (lượng thuốc dùng trong 100 ngày)	Chia sẻ phí tổn cho thuốc đặt mua qua bưu điện (lượng thuốc dùng trong 100 ngày)
Chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bao trả	25% chi phí	25% chi phí

Quý vị sẽ không phải trả quá \$70 cho lượng thuốc đủ dùng trong hai tháng hoặc \$105 cho lượng thuốc đủ dùng trong tối đa ba tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bao trả.

Phần 5.5 **Quý vị ở trong Giai đoạn Bao trả Ban đầu cho đến khi tổng chi phí xuất túi của quý vị trong năm đạt \$2,000**

Quý vị ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi chi phí xuất túi của quý vị đạt \$2,000. Sau đó quý vị chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Bản EOB Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị và chương trình, cũng như bất kỳ bên thứ ba nào, đã thay mặt quý vị chi trả cho thuốc của quý vị trong năm. Không phải tất cả các hội viên sẽ đạt đến giới hạn tiền xuất túi \$2,000 trong một năm.

Chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị đạt số tiền này. Nếu quý vị đạt đến số tiền này, quý vị sẽ qua Giai đoạn Bao trả Ban đầu và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Xem Phần 1.3 để biết cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị.

PHẦN 6 **Trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ không phải chi trả gì cho chi phí thuốc Phần D được bao trả của quý vị**

Quý vị bước vào Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương khi chi phí xuất túi của quý vị đạt đến giới hạn \$2,000 cho năm theo lịch. Khi quý vị ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ ở trong giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm dương lịch. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả tiền cho các thuốc Phần D được bao trả của mình.

PHẦN 7 Vắc-xin Phần D. Số tiền quý vị phải chi trả tùy thuộc vào cách thức và địa điểm quý vị nhận được các loại vắc-xin

Thông điệp quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin – Một số loại vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được bao trả theo Phần B. Các loại vắc-xin khác được coi là thuốc Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những loại vắc-xin này trong “Danh sách Thuốc” của chương trình. Chương trình của chúng tôi bao trả miễn phí hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, ngay cả khi quý vị chưa trả tiền khấu trừ. Tham khảo “Danh Sách Thuốc” của chương trình của quý vị hoặc liên hệ với Bộ phận Quan hệ Khách hàng để biết chi tiết về khoản bao trả và chia sẻ chi phí đối với các loại vắc-xin cụ thể.

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

- Phần bao trả đầu tiên là chi phí cho **chính vắc-xin đó**.
- Phần bao trả thứ hai là chi phí **chích vắc-xin cho quý vị**. (Điều này đôi khi được gọi là dùng vắc-xin).

Chi phí quý vị phải trả cho chích vắc-xin Phần D phụ thuộc vào ba yếu tố:

- 1. Liệu vắc-xin có được khuyến nghị cho người lớn bởi một tổ chức có tên là Ủy ban Cố vấn hoặc Thực hành Chủng ngừa (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) hay không.**
 - Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn được ACIP khuyến nghị và quý vị không mất chi phí nào.
- 2. Nơi quý vị nhận vắc-xin.**
 - Bản thân vắc-xin có thể được phân phối bởi nhà thuốc hoặc được cung cấp bởi văn phòng bác sĩ.
- 3. Người chích vắc-xin cho quý vị.**
 - Dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể chích vắc-xin tại nhà thuốc. Ngoài ra, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể cung cấp dịch vụ đó tại văn phòng bác sĩ.

Số tiền quý vị phải trả tại thời điểm chích vắc-xin Phần D có thể khác nhau tùy thuộc vào hoàn cảnh và quý vị đang ở **giai đoạn chi trả thuốc** nào.

- Đôi khi khi quý vị được chích vắc-xin, quý vị phải chi trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chích vắc-xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán.
- Những lần khác, khi quý vị được chích vắc-xin, quý vị sẽ chỉ phải chi trả phần chia sẻ chi phí. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả tiền.

Dưới đây là ba ví dụ về cách quý vị có thể được chính vắc xin Phần D.

Tình huống 1: Quý vị được chính vắc xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Việc quý vị có lựa chọn này hay không phụ thuộc vào nơi quý vị sống. Một số tiểu bang không cho phép các nhà thuốc được thực hiện chính giữa một số loại vắc-xin).

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả tiền.
- Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ trả cho nhà thuốc cho chính vắc-xin đó, bao gồm chi phí chính vắc-xin cho quý vị.
- Chương trình chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí còn lại.

Tình huống 2: Quý vị được chính vắc-xin Phần D tại văn phòng bác sĩ.

- Khi quý vị được chính vắc-xin, quý vị có thể phải chi trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính vắc-xin cho quý vị.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi theo thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán. Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã thanh toán cho vắc-xin (bao gồm cả chính) và trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính và những khoản chúng tôi thường thanh toán. (Nếu quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung”, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch này).

Tình huống 3: Quý vị mua vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị, và sau đó mang đến văn phòng để bác sĩ chính vắc-xin cho quý vị.

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả tiền cho chính vắc-xin đó.
- Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ chi trả cho nhà thuốc khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của quý vị cho chính vắc-xin đó.
- Khi bác sĩ chính vắc-xin cho quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ này.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi theo thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán. Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã thanh toán trừ đi bất kỳ số tiền đồng bảo hiểm nào cho lần chính vắc-xin và trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính và những khoản chúng tôi thường thanh toán. (Nếu quý vị nhận được “Trợ giúp Bổ sung”, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch này).

CHƯƠNG 7:

*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí
của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị
đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc
thuốc được bao trả*

PHẦN 1 Các trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị

Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình đối với các dịch vụ và thuốc được bao trả của quý vị – quý vị sẽ không nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi để chúng tôi có thể thanh toán. Khi quý vị gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ và thuốc có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng các dịch vụ này được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được chương trình bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả lại cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn** cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình thanh toán lại bất cứ khi nào quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình chúng tôi bao trả. Có thể có thời hạn mà quý vị phải đáp ứng để được bồi hoàn. Vui lòng xem Phần 2 của chương này. Khi quý vị gửi hóa đơn mà quý vị đã thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định những dịch vụ hoặc thuốc đó cần được bao trả, chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị các dịch vụ hoặc thuốc.

Cũng có những lúc quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được hoặc có thể nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị như đã thảo luận trong tài liệu này. Trước tiên hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu điều đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng các dịch vụ này được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị không bao giờ phải chi trả nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí được chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

Dưới đây là ví dụ về các trường hợp quý vị cần yêu cầu chương trình chúng tôi hoàn lại hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được.

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

Quý vị có thể nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc nào, cho dù nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đó có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này, hãy yêu cầu nhà cung cấp lập hóa đơn cho chương trình.

- Nếu quý vị tự mình thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn cùng với chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu trả khoản thanh toán mà quý vị cho rằng quý vị không nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn này cùng với chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

Xem Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

- Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bị nợ bất kỳ khoản tiền nào, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho họ.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn trả lại cho quý vị.

2. Khi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng quý vị không phải trả

Nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình. Nhưng đôi khi họ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giải quyết vấn đề thanh toán.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới, nhưng quý vị cảm thấy rằng mình đã thanh toán quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn cùng với giấy tờ chứng minh bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho các dịch vụ được bao trả của quý vị.

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

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

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

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc có thể không gửi yêu cầu chi trả quyền lợi trực tiếp cho chúng tôi. Khi điều đó xảy ra, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí thuốc kê toa của mình.

Hãy giữ lại biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại. Xin lưu ý rằng chúng tôi chỉ bao trả cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để thảo luận về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị phải trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ thanh toán tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

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

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

Xem Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

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

Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí thuốc kê toa vì quý vị thấy thuốc đó không được bao trả bởi một lý do nào đó.

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

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Điều này được gọi là đưa ra **quyết định bao trả**. Nếu chúng tôi quyết định cần bao trả, chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị dịch vụ hoặc thuốc. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tài liệu này có thông tin về cách kháng nghị.

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

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị bằng cách gọi điện cho chúng tôi hoặc gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ.

Đối với thuốc theo toa Phần D, quý vị có thể gửi yêu cầu yêu cầu thanh toán thuốc theo toa qua đường bưu điện hoặc trực tuyến.

Khi gửi yêu cầu qua đường bưu điện, để đảm bảo chúng tôi có tất cả thông tin cần thiết để đưa ra quyết định, vui lòng hoàn thành mẫu yêu cầu thanh toán thuốc của chúng tôi để yêu cầu thanh toán của quý vị.

- Quý vị không bắt buộc phải sử dụng biểu mẫu yêu cầu thanh toán chi phí thuốc này, **nhưng nếu có chúng tôi sẽ xử lý thông tin nhanh hơn.**
- Hãy tải xuống một bản sao mẫu yêu cầu thanh toán chi phí thuốc từ trang web của chúng tôi (www.hmsa.com/help-center/how-to-get-copies-of-the-drug-claim-form/) hoặc gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu mẫu yêu cầu thanh toán chi phí thuốc.

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

Thuốc kê toa Phần D:

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 850722066

Xem Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

Để gửi yêu cầu trực tuyến, hãy đăng nhập vào HMSA MyAccount của quý vị và đi tới phần Quyền lợi Thuốc hoặc ứng dụng di động Caremark và làm theo hướng dẫn về cách gửi yêu cầu thanh toán chi phí thuốc theo toa của quý vị.

Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán Phần D (thuốc theo toa) cho chúng tôi trong vòng 36 tháng kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

Đối với các yêu cầu thanh toán chi phí y tế Phần C, các vật dụng và dịch vụ thính giác thường xuyên, (không bao gồm các vật dụng và dịch vụ nhãn khoa thông thường), quý vị không cần điền vào bất kỳ biểu mẫu nào. Cần có tuyên bố của nhà cung cấp để xử lý yêu cầu thanh toán của quý vị cho các dịch vụ. Tuyên bố của nhà cung cấp phải bao gồm tất cả các thông tin dưới đây:

- Họ tên, số điện thoại và địa chỉ của nhà cung cấp
- Tên và ngày sinh của bệnh nhân
- Ngày dịch vụ
- Ngày bị thương tích hoặc bắt đầu bị bệnh
- Phí cho mỗi dịch vụ
- Chẩn đoán hoặc loại bệnh tật hoặc chấn thương
- Nơi nhận dịch vụ (ví dụ: văn phòng, phòng khám ngoại trú hoặc bệnh viện)

Vui lòng bao gồm thông tin sau trong thư:

- Tên, ngày sinh và mã số hội viên HMSA của quý vị
- Số điện thoại có thể liên hệ với quý vị ban ngày
- Ngày dịch vụ
- Mô tả ngắn gọn về từng dịch vụ và/hoặc lý do tại sao dịch vụ đó là cần thiết
- Phí cho mỗi dịch vụ
- Chữ ký của Quý vị

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

Bệnh viện, Bác sĩ, Phòng thí nghiệm, các vật dụng và dịch vụ thính giác Định kỳ, v.v.:

HMSA - CLAIMS
P.O. Box 860
Honolulu, HI 968080860

Để biết thêm thông tin về quy trình nộp yêu cầu thanh toán chi phí y tế Phần C, hãy truy cập trang web của chúng tôi: www.hmsa.com/help-center/filing-medical-claims-for-services-from-nonparticipating-providers/.

Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán chi phí y tế (Phần C) hoặc các vật dụng và dịch vụ của dịch vụ thính lực định kỳ cho chúng tôi trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

Đối với các mục và dịch vụ nhãn khoa thông thường, để đảm bảo chúng tôi có tất cả thông tin cần thiết để đưa ra quyết định, vui lòng hoàn thành mẫu yêu cầu bồi thường của chúng tôi để yêu cầu thanh toán cho quý vị.

Xem Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

- Quý vị không bắt buộc phải sử dụng biểu mẫu yêu cầu thanh toán chi phí dịch vụ nhãn khoa thường quy này, **nhưng nếu có chúng tôi sẽ xử lý thông tin nhanh hơn.**
- Hãy tải xuống bản sao mẫu đơn yêu cầu bồi thường từ trang web của chúng tôi (www.eyemedonline.com/managed-vision-care/member-forms/out-of-network-claim#/) hoặc gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu mẫu đơn yêu cầu bồi thường cho dịch vụ thăm khám thị lực định kỳ. (Các số điện thoại của Bộ phận Quan hệ Khách hàng được in ở bìa sau của tài liệu này.)

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

Các vật dụng và dịch vụ nhãn khoa định kỳ:

First American Administrators, Inc.
Attn: OON Claims
PO Box 8504
Mason, OH 45040-7111

Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán cho các vật dụng và dịch vụ của dịch vụ nhãn khoa định kỳ cho chúng tôi trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ hoặc vật dụng.

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

Phần 3.1 Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có nên bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc

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

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

Xem Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

Phần 3.2

Nếu chúng tôi trả lời rằng chúng tôi không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị

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

CHƯƠNG 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 **Chương trình chúng tôi phải tôn trọng các quyền và đặc điểm văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên chương trình**

Phần 1.1 **Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và phù hợp với văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ nổi braille, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)**

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp theo cách có năng lực văn hóa và tất cả những người ghi danh có thể tiếp cận được, bao gồm những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch viên, dịch vụ thông dịch viên, máy đánh chữ từ xa hoặc kết nối TTY (điện thoại nhắn tin hoặc điện thoại máy đánh chữ từ xa).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các thắc mắc của hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi braille, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Chương trình của chúng tôi bắt buộc phải cung cấp cho những người ghi danh nữ quyền lựa chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu không có nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cho một chuyên khoa, thì trách nhiệm của chương trình là tìm nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải chi trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị ở trong tình huống không có chuyên gia trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng có thể truy cập và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi để nộp đơn than phiền với Điều phối viên Dân quyền của HMSA, 818 Ke'eumoku St., Honolulu, HI 96814, 1-800-776-4672, người dùng TTY xin gọi 711, Fax: (808) 948-6414, Email: Compliance_Ethics@hmsa.com. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp tới Văn phòng Dân quyền 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

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

Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được bao trả của quý vị. Quý vị cũng có quyền đến thăm khám bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ (như bác sĩ phụ khoa) mà không cần giấy giới thiệu.

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

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

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

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

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

Chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư thông tin sức khỏe của quý vị như thế nào?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được ủy quyền sẽ không được xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, nếu chúng tôi có ý định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *chúng tôi phải có được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đã trao quyền hợp pháp để đưa ra quyết định cho quý vị trước tiên*.
- Có một số trường hợp ngoại lệ không yêu cầu chúng tôi phải có được sự cho phép trước bằng văn bản của quý vị. Những trường hợp ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc đòi hỏi.
 - Chúng tôi phải cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra phẩm chất của dịch vụ chăm sóc.
 - Vì quý vị là hội viên chương trình của chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi bắt buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin về thuốc kê toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị cho mục đích nghiên cứu hoặc mục đích sử dụng khác, điều này sẽ được thực hiện theo các quy chế và quy định của Liên Bang; thông thường, quy định này yêu cầu không được chia sẻ thông tin nhận dạng quý vị duy nhất.

Quý vị có thể xem thông tin trong hồ sơ của mình và biết thông tin đó đã được chia sẻ với những người khác như thế nào

Quý vị có quyền xem hồ sơ bệnh án của mình được chương trình lưu giữ và nhận một bản sao hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép tính một khoản phí để chuẩn bị các bản sao cho quý vị. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc chỉnh sửa hồ sơ bệnh án của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện điều này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên thực hiện thay đổi hay không.

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của mình đã được chia sẻ với người khác như thế nào cho bất kỳ mục đích gì nếu không phải như thông thường.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại về quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Phần 1.4	Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả
-----------------	---

Là hội viên của *HMSA Akamai Advantage Dual Care*, quý vị có quyền nhận một số loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng:

- **Thông tin về chương trình chúng tôi.** Điều này bao gồm, ví dụ như thông tin về tình hình tài chính của chương trình.
- **Thông tin về nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về trình độ của nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới và cách chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp trong mạng lưới.
- **Thông tin về khoản bao trả của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân thủ khi sử dụng khoản bao trả của mình.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc kê toa Phần D.
- **Thông tin về lý do tại sao dịch vụ không được đài thọ và quý vị có thể làm gì với điều đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được bao trả hoặc nêu khoản bao trả của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là kháng nghị.

Phần 1.5	Chúng tôi phải hỗ trợ quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị
-----------------	---

Quý vị có quyền biết các lựa chọn chữa trị của mình và tham gia vào các quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị có quyền nhận thông tin đầy đủ từ các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị phải giải thích tình trạng y tế cùng các lựa chọn chữa trị *theo cách quý vị có thể hiểu được*.

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ của mình về phương pháp điều trị nào tốt nhất cho quý vị, các quyền của quý vị bao gồm:

- **Biết tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho bệnh trạng của quý vị, bất kể chi phí hoặc các lựa chọn đó có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không. Quý vị cũng phải được thông báo về các chương trình mà chương trình bảo hiểm chúng tôi cung cấp nhằm giúp các hội viên quản lý thuốc của họ và sử dụng thuốc một cách an toàn.

- **Biết về các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về bất kỳ nguy cơ nào liên quan đến việc chăm sóc của mình. Quý vị phải được thông báo trước nếu có bất kỳ đề xuất chăm sóc y tế hoặc điều trị nào là một phần của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền nói “không”.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị được khuyến nghị nào. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị cũng có quyền ngưng dùng thuốc của mình. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng dùng thuốc, quý vị hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể mình.

Quý vị có quyền đưa ra hướng dẫn về những việc cần làm nếu không thể tự đưa ra quyết định y tế

Đôi khi mọi người không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc bệnh nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói điều quý vị muốn nếu quý vị ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa rằng, *nếu muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu văn bản để trao cho **một người nào đó quyền ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể tự ra quyết định cho chính mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ điều trị y tế cho mình nếu quý vị không thể tự ra quyết định.

Các tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra chỉ dẫn trước trong những tình huống này được gọi là **chỉ thị trước**. Có nhiều loại chỉ dẫn trước và tên gọi khác nhau. Các tài liệu được gọi là **di chúc sống** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là các ví dụ về chỉ dẫn trước.

Nếu quý vị muốn sử dụng một **chỉ thị trước** để đưa ra hướng dẫn của mình, dưới đây là những điều cần làm:

- **Nhận biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy mẫu chỉ thị trước từ luật sư, nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng văn phòng phẩm. Đôi khi quý vị có thể lấy mẫu chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare.

Island	Biểu mẫu Di chúc y khoa – Thông tin liên hệ
OAHU	Để biết thông tin về di chúc y khoa, in biểu mẫu, hoặc nếu quý vị muốn nói chuyện với nhân viên điều hành, hãy liên hệ với Kōkua Mau. Điện thoại: (808) 5859977 (Vui lòng để lại tin nhắn thoại và Kōkua Mau sẽ gọi lại cho quý vị). Viết thư: Kōkua Mau P.O. Box 62155 Honolulu, HI 96839 Email: Truy cập https://kokuamau.org/contact-kokua-mau/ để gửi email. Trang web: www.kokuamau.org Để được hỗ trợ pháp lý nếu quý vị trên 60 tuổi, thay mặt cho bất kỳ ai trên 60 tuổi hoặc cần hỗ trợ kinh tế, hãy liên hệ với University of Hawai‘i Elder Law Program. Điện thoại: (808) 9566544. Số điện thoại này hoạt động từ 8:30 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu. Để được trợ giúp pháp lý hoặc thông tin về các quyền của quý vị, bao gồm di chúc y khoa, hãy liên hệ với Hiệp hội Trợ giúp Pháp lý Hawai‘i. Điện thoại: (808) 5364302. Số điện thoại này hoạt động từ 9 giờ sáng đến 11:30 sáng và 1 giờ chiều đến 3:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
HAWAII VÀ MAUI	Tại Hawaii và Maui, hãy liên hệ với Hiệp hội Trợ giúp Pháp lý Hawai‘i. Điện thoại: 18004994302. Số điện thoại này hoạt động từ 9 giờ sáng đến 11:30 sáng và 1 giờ chiều đến 3:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
KAUAI	Tại Kauai, quý vị có thể liên hệ với University of Hawai‘i Elder Law Program. Điện thoại: (808) 9566544. Số điện thoại này hoạt động từ 8:30 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.
LANAI	Ở Lanai, hãy liên hệ với Hiệp hội Trợ giúp Pháp lý Hawai‘i. Điện thoại: 18004994302. Số điện thoại này hoạt động từ 9 giờ sáng đến 11:30 sáng và 1 giờ chiều đến 3:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
MOLOKAI	Trên Molokai, hãy liên hệ với Hiệp hội Trợ giúp Pháp lý Hawai‘i. Điện thoại: 18004994302. Số điện thoại này hoạt động từ 9 giờ sáng đến 11:30 sáng và 1 giờ chiều đến 3:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.

- **Điền và ký tên.** Bất kể quý vị nhận được mẫu này ở đâu, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc có một luật sư giúp quý vị chuẩn bị.
- **Cung cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên cung cấp một bản sao của mẫu này cho bác sĩ của quý vị và người mà quý vị nêu tên trên mẫu đơn với tư cách là người đưa ra quyết định cho mình nếu quý vị không thể đưa ra quyết định. Quý vị có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn bè hoặc thành viên gia đình thân thiết. Giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước rằng quý vị sẽ phải nhập viện, và quý vị đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang một bản sao đến bệnh viện.**

- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị có ký và mang theo mẫu chỉ thị trước không.

- Nếu quý vị chưa ký mẫu chỉ thị trước, bệnh viện có sẵn mẫu và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký hay không.

Xin nhớ rằng, quý vị có quyền lựa chọn có điền vào mẫu chỉ thị trước hay không (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký chỉ thị trước nếu quý vị đang ở trong bệnh viện). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc hoặc phân biệt đối xử đối với quý vị dựa trên việc quý vị có ký một chỉ thị trước hay không.

Nếu chỉ thị của quý vị không được tuân thủ thì sao?

Nếu quý vị đã ký một chỉ dẫn trước và tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên cơ quan của tiểu bang thích hợp dưới đây.

Đối với khiếu nại về một bác sĩ không tuân theo chỉ thị trước, quý vị có quyền khiếu nại với Tiểu bang Hawaii, Sở Thương mại và Các Vấn đề Người tiêu dùng (DCCA), Văn phòng Khiếu nại Ngành được Điều tiết (RICO).

Phương thức liên hệ	Khiếu nại Bác sĩ về Di chúc y khoa – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	Oahu: (808) 5874272 Hawaii (Hilo): (808) 9338846 Hawaii (Kona): (808) 3279590 Kauai: (808) 2413300 Maui: (808) 2435808 Các số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của Liên bang.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711
VIẾT THƯ	Regulated Industries Complaints Office Administration - Attn Consumer Projects Attorney 235 S. Beretania Street, 9th Floor Honolulu, HI 96813 Email: rico@dcca.hawaii.gov
TRANG WEB	https://cca.hawaii.gov/rico/

Tuy nhiên, nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại về một cơ sở chăm sóc sức khỏe (bao gồm bệnh viện, nhà điều dưỡng, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở điều trị bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) và các cơ sở khác phục vụ các hội viên Medicare và Medicaid), hãy liên hệ với Văn phòng Đảm bảo Chăm sóc Sức khỏe (OHCA) thông qua bất kỳ cách thức nào được liệt kê dưới đây.

Phương thức liên hệ	Khiếu nại Bệnh viện về Di chúc y khoa – Thông tin liên hệ
GỌI ĐIỆN	(808) 6927420 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của liên bang.
TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản)	711 Cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Số điện thoại này hoạt động từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ các Ngày lễ của liên bang.
FAX	(808) 6927447
VIẾT THƯ	Department of Health Medicare Section 601 Kamokila Boulevard, Room 395 Kapolei, HI 96707
TRANG WEB	https://health.hawaii.gov/ohca/

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi tái xét các quyết định chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, lo ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bao trả, hoặc kháng nghị, Chương 9 của tài liệu này cho biết quý vị có thể làm gì. Bất kể quý vị làm gì – yêu cầu quyết định đài thọ, kháng nghị hoặc khiếu nại – **chúng tôi phải đối xử công bằng với quý vị.**

Phần 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu đó là về phân biệt đối xử, hãy gọi cho Văn phòng Dân quyền

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng dựa trên chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác, xu hướng tình dục hoặc nguồn gốc quốc gia, quý vị nên gọi cho **Văn phòng Dân quyền** của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697, hoặc gọi cho Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị.

Đó có phải là về một vấn đề khác không?

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng, và đó *không* phải là về phân biệt đối xử, quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ để giải quyết vấn đề mà quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng.**
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP.** Để biết chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Hoặc **quý vị có thể gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

Quý vị có quyền đưa ra các đề xuất liên quan đến chính sách quyền và trách nhiệm của hội viên trong tổ chức.

Có một số nơi mà quý vị có thể nhận thêm thông tin về các quyền của mình:

- Quý vị có thể **gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng**.
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP**. Để biết chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare**.
 - Quý vị có thể truy cập trang web Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm “Quyền & Biện pháp Bảo vệ của Medicare”. (Ấn phẩm này có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình

Những điều quý vị cần làm khi là hội viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng.

- **Tìm hiểu các dịch vụ được bao trả và các quy tắc quý vị phải tuân thủ để nhận được các dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng *Chứng Từ Bảo hiểm* này để tìm hiểu những dịch vụ được bao trả và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được dịch vụ được bao trả.
 - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về khoản bao trả cho thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Nếu quý vị có bất kỳ khoản bao trả bảo hiểm y tế hoặc khoản bao trả thuốc theo toa nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị cần phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc điều phối các quyền lợi này.
- **Cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Trình thẻ hội viên chương trình bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa Phần D.
- **Giúp bác sĩ và những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trợ giúp cho quý vị bằng cách cung cấp thông tin cho họ, đặt câu hỏi và làm theo hướng dẫn chăm sóc họ đưa ra.**
 - Để được chăm sóc tốt nhất, hãy cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác biết về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân thủ các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị thống nhất.
 - Xin đảm bảo rằng các bác sĩ biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm thuốc không kê toa, sinh tố và thực phẩm chức năng.
 - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy hỏi và nhận câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **Xin cân nhắc.** Chúng tôi kỳ vọng tất cả các hội viên tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị sẽ hành động theo cách giúp văn phòng bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động trơn tru.

- **Thanh toán những gì quý vị còn nợ.** Là hội viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán này:
 - Quý vị phải chi trả phí bảo hiểm chương trình của mình.
 - Quý vị phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm Medicare để tiếp tục là hội viên của chương trình.
 - Đối với hầu hết các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình bao trả, quý vị phải trả phần chi phí của mình khi nhận dịch vụ hoặc thuốc.
 - Nếu quý vị được yêu cầu trả tiền phạt ghi danh trễ, quý vị phải trả tiền phạt để duy trì bảo hiểm thuốc kê toa của mình.
 - Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán số tiền phụ trội cho Phần D vì thu nhập cao hơn của mình (như đã khai trong tờ khai thuế gần đây nhất của quý vị), quý vị phải tiếp tục thanh toán số tiền phụ trội trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục là hội viên của chương trình.
- **Nếu quý vị di chuyển *trong* khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần phải biết** để cập nhật hồ sơ hội viên và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra *ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình chúng tôi.**
- Nếu quý vị chuyển chỗ ở, quý vị cũng cần báo cho Sở An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa).

CHƯƠNG 9:

*Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc
khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị,
khiếu nại)*

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị cần làm gì nếu gặp vấn đề hoặc quan ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý vấn đề và mối quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình quyết định bao trả và kháng nghị**.
- Đối với các loại vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình nộp đơn khiếu nại**; còn được gọi là than phiền.

Mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định đúng quy trình để sử dụng và những điều quý vị nên làm.

Phần 1.2 Các thuật ngữ pháp lý thì sao?

Có các thuật ngữ pháp lý cho một số quy tắc, thủ tục và loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu. Để mọi thứ dễ dàng hơn, chương này:

- Sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ, chương này thường nói nộp đơn khiếu nại thay vì nộp đơn than phiền, quyết định bao trả thay vì quyết định của tổ chức hoặc quyết định bao trả hoặc quyết định có nguy cơ và Tổ chức Duyệt xét Độc lập thay vì Cơ quan Duyệt xét Độc lập.
- Tài liệu này cũng sử dụng chữ viết tắt càng ít càng tốt.

Tuy nhiên, có thể hữu ích – và đôi khi khá quan trọng – khi quý vị biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Biết cần sử dụng thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp rõ ràng và chính xác hơn để nhận được sự giúp đỡ hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của mình. Để giúp quý vị biết nên sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi đưa ra các thuật ngữ pháp lý khi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Do đó, quý vị phải luôn liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng để được trợ giúp. Nhưng trong một số tình huống, quý vị cũng có thể muốn được giúp đỡ hoặc hướng dẫn từ một người không liên quan đến chúng tôi. Dưới đây là hai đơn vị có thể hỗ trợ quý vị.

Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)

Mỗi tiểu bang có một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo. Chương trình này không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Các cố vấn trong chương trình này có thể giúp quý vị biết được quý vị nên sử dụng thủ tục nào để giải quyết vấn đề mình đang

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

gặp phải. Họ cũng có thể trả lời các câu hỏi của quý vị, cung cấp thêm thông tin và đưa ra hướng dẫn về những việc cần làm.

Các dịch vụ của tư vấn của SHIP là miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL trang web trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được trợ giúp. Để liên hệ với Medicare:

- 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.
- Quý vị cũng có thể truy cập trang web Medicare (www.medicare.gov).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicaid

Để biết thêm thông tin và được trợ giúp xử lý vấn đề, quý vị cũng có thể liên hệ với Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu Bang Hawai'i, Bộ phận Med-QUEST. Dưới đây là hai cách để nhận thông tin trực tiếp từ Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu Bang Hawai'i, Bộ phận Med-QUEST:

- Quý vị có thể gọi số 1-800-316-8005. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-603-1201.
- Quý vị có thể truy cập trang web Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu Bang Hawai'i, Bộ phận Med-QUEST (www.medquest.hawaii.gov).

PHẦN 3 Hiểu các khiếu nại và kháng nghị Medicare và Medicaid trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và nhận hỗ trợ từ Medicaid. Thông tin trong chương này áp dụng cho tất cả các quyền lợi Medicare và Medicaid của quý vị. Điều này đôi khi được gọi là một quy trình tích hợp vì nó kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medicaid.

Đôi khi các quy trình Medicare và Medicaid không được kết hợp. Trong những tình huống đó, quý vị sử dụng quy trình Medicare cho quyền lợi được Medicare bao trả và quy trình Medicaid cho quyền lợi được Medicaid bao trả. Những tình huống này được giải thích trong Phần 6.4 của chương này, Từng bước: Quy trình kháng nghị Cấp 2."

CÁC VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 4 Quyết định bao trả và kháng nghị

Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho tình huống của quý vị. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm đúng phần của chương này cho các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền lợi được Medicare hoặc Medicaid bao trả**.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)**Vấn đề hoặc mối quan ngại của quý vị có phải về các quyền lợi hoặc khoản bao trả không?**

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

Có.

Xin chuyển sang phần tiếp theo của chương này, **Phần 5, “Hướng dẫn về những điều cơ bản trong quyết định bao trả và kháng nghị.”**

Không.

Bỏ qua để đến thẳng **Phần 11** ở cuối của chương này: **“Cách khiếu nại về phẩm chất chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác.”**

PHẦN 5 Hướng dẫn những điều cơ bản về quyết định bao trả và kháng nghị

Phần 5.1	Yêu cầu quyết định bao trả và nộp đơn kháng nghị: tổng quan
-----------------	--

Quyết định bao trả và kháng nghị giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và khoản bao trả của quý vị cho các dịch vụ y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc kê toa Phần B, bao gồm vấn đề thanh toán. Để mọi việc được đơn giản, chúng tôi thường gọi các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc kê toa Medicare Phần B là **chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quyết định bao trả và quy trình kháng nghị cho các vấn đề như liệu có được bao trả hay không và cách thức bao trả.

Yêu cầu quyết định bao trả trước khi nhận quyền lợi

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị giới thiệu quý vị đến một chuyên gia y tế không nằm trong mạng lưới, thư giới thiệu này được coi là một quyết định bao trả thuận lợi trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho chuyên gia y tế này hoặc Chứng từ Bảo hiểm nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bao trả dưới bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của mình cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bao trả nếu người này không chắc chắn liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế trước khi quý vị nhận được hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bao trả sẽ bị bác bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm nếu yêu cầu không đầy đủ, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bao trả, chúng tôi sẽ gửi một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi xác định được những gì được bao trả và số tiền chúng tôi bao trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ chăm sóc y tế không được bao trả hoặc không còn được Medicare bao trả cho quý vị nữa. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả này, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị.

Kháng nghị

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả, cho dù trước hoặc sau khi nhận được quyền lợi và quý vị không hài lòng, quý vị có thể **kháng nghị** quyết định đó. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp, mà chúng tôi sẽ bàn thảo ở phần sau, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị xúc tiến nhanh hoặc **kháng nghị nhanh** quyết định bao trả. Kháng nghị của quý vị được xử lý bởi người đánh giá khác với những người đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng nghị quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là kháng nghị Cấp 1. Trong kháng nghị này, chúng tôi sẽ tái xét quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Khi chúng tôi hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng nghị Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm nếu yêu cầu không đầy đủ, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ kháng nghị Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng nghị Cấp 1 của quý vị về chăm sóc y tế, kháng nghị của quý vị sẽ tự động chuyển sang kháng nghị Cấp 2 được thực hiện bởi một tổ chức duyệt xét độc lập không liên quan đến chúng tôi.

- Quý vị không cần làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng nghị Cấp 2. Các quy tắc của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị về chăm sóc y tế của quý vị lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng nghị Cấp 2 cho dịch vụ chăm sóc y tế.
- Các kháng nghị Phần D được thảo luận thêm trong Phần 7 của chương này.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định ở kháng nghị Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các cấp kháng nghị bổ sung (Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5).

Phần 5.2	Cách nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng nghị
-----------------	---

Dưới đây là các nguồn lực nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng nghị một quyết định:

- Quý vị có thể **gọi cho chúng tôi tại bộ phận Quan hệ Khách hàng**.
- Quý vị có thể **nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể yêu cầu quý vị**. Nếu bác sĩ của quý vị giúp kháng nghị vượt qua Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm đại diện của quý vị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Vui lòng gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu *Chỉ định Người đại diện*. (Biểu mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)

- Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác có thể yêu cầu quyết định đài thọ hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu đơn kháng nghị của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, quyết định đó sẽ được tự động chuyển tiếp lên Cấp 2.
- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác yêu cầu tiếp tục cung cấp một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận được trong quá trình kháng nghị, quý vị **có thể** cần chỉ định bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác làm đại diện của quý vị để thay mặt quý vị hành động.
- Đối với thuốc theo toa Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị Cấp 1. Nếu kháng nghị Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu ai đó hành động thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể chỉ định một người khác là **người đại diện** của quý vị để yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng nghị.
 - Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu *Chỉ định Người đại diện*. (Mẫu này cũng có trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-appoint-representative/.) Đơn này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị phải ký tên trên biểu mẫu. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bản sao của mẫu đã ký.
 - Mặc dù chúng tôi có thể tiếp nhận yêu cầu kháng nghị mà không cần mẫu đơn này, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành tái xét cho đến sau khi nhận được mẫu đơn. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trước thời hạn đề chúng tôi đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị, thì kháng nghị của quý vị sẽ bị hủy bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền yêu cầu tổ chức duyệt xét độc lập tái xét quyết định bác bỏ kháng nghị của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư riêng của mình hoặc lấy tên của luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có các nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng nghị một quyết định.

Phần 5.3**Phần nào của chương này cung cấp thông tin chi tiết về tình huống của quý vị?**

Có bốn hướng khác nhau liên quan đến quyết định bao trả và kháng nghị. Vì mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho từng tình huống trong một phần riêng biệt:

- **Phần 6** của chương này: Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị
- **Phần 7** của chương này: Thuốc kê toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị
- **Phần 8** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm
- **Phần 9** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bao trả của quý vị kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau đây: chăm sóc sức khỏe*

tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF))

Nếu quý vị không chắc mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Bộ phận DQuan hệ Khách hàng. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như State Health Insurance Assistance Program của quý vị.

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị một quyết định bao trả

Phần 6.1 Phần này trình bày quý vị cần làm gì nếu gặp khó khăn để nhận bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu muốn chúng tôi hoàn lại phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc của quý vị

Phần này nói về các quyền lợi của quý vị đối với chăm sóc y tế. Những quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được bao trả và số tiền quý vị phải trả)*. Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau được áp dụng cho yêu cầu về thuốc kê toa Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc đối với thuốc kê toa Phần B khác với các quy tắc đối với các vật dụng và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng cần được chương trình của chúng tôi phải bao trả, nhưng chúng tôi đã trả lời rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này. **Kháng nghị. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng phải được chương trình bao trả, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị được cho biết rằng bao trả cho một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đang nhận (mà chúng tôi đã phê duyệt trước đó) sẽ bị giảm hoặc ngừng, và quý vị tin rằng việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị. **Kháng nghị. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu khoản bao trả sẽ bị ngừng cung cấp là cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc cuối đời hoặc các dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF), quý vị cần đọc Phần 8 và 9 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại dịch vụ chăm sóc này.

Phần 6.2**Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả****Thuật ngữ Pháp lý**

Khi một quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết định đó được gọi là **quyết định của tổ chức**.

Quyết định bao trả nhanh được gọi là **quyết định bao trả giải quyết nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần quyết định bao trả tiêu chuẩn hay quyết định bao trả nhanh hay không.

Quyết định bao trả tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày theo lịch hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Quyết định bao trả nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ, đối với các dịch vụ y tế, 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để nhận được quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị *chỉ có thể yêu cầu* bao trả cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ y tế (không phải yêu cầu thanh toán cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ đã nhận được).
- Quý vị *chỉ có thể* nhận được quyết định bao trả nhanh nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến chức năng hoạt động của quý vị.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh.
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bao trả nhanh không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả nhanh hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động trao cho quý vị quyết định bao trả nhanh.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi trong việc ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh mà quý vị đã yêu cầu.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả hoặc quyết định bao trả nhanh.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện việc này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu bao trả chăm sóc y tế của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bao trả tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị về vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi sẽ dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần thêm ngày, quý vị có thể nộp “khiếu nại nhanh”. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình nộp đơn khiếu nại khác với quy trình đưa ra quyết định bao trả và kháng nghị. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, hãy xem Phần 11 của chương này).

Đối với các quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian xúc tiến nhanh.

Quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin mà điều đó có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày nữa**. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về khiếu nại) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

Bước 4: Nếu chúng tôi trả lời không đồng ý với yêu cầu bao trả chăm sóc y tế của quý vị thì quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách nộp đơn kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để có được bao trả dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 6.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng nghị Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý

Kháng nghị với chương trình về quyết định bao trả dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là **tái xét quyết định của chương trình**.

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **tái xét giải quyết nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với thuộc Phần B. Kháng nghị nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị kháng nghị quyết định chúng tôi đưa ra về khoản bao trả chăm sóc quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải được kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ áp dụng kháng nghị nhanh cho quý vị.
- Các yêu cầu để được “kháng nghị nhanh” cũng giống như các yêu cầu để nhận quyết định bao trả nhanh trong Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi kháng nghị hoặc kháng nghị nhanh

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn, hãy nộp kháng nghị tiêu chuẩn bằng văn bản.** Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị đang yêu cầu kháng nghị nhanh, hãy nộp kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Quý vị phải nộp kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bao trả.** Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do hợp lý cho việc đó, hãy giải thích lý do nộp kháng nghị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để nộp đơn kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm: quý vị bị bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin miễn phí của quyết định y tế. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để củng cố đơn kháng nghị.** Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.

Nếu chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ ngừng hoặc giảm bớt các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể giữ lại các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong quá trình kháng nghị.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị hiện đang nhận được, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo trước khi thực hiện hành động được đề xuất.
- Nếu quý vị không đồng ý với hành động này, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị Cấp 1. Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả dịch vụ hoặc vật dụng nếu quý vị yêu cầu kháng nghị Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày đóng dấu bưu điện trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày dự kiến có hiệu lực của hành động, tùy theo ngày nào đến sau.
- Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận được dịch vụ hoặc vật phẩm mà không có thay đổi trong khi kháng nghị Cấp 1 của quý vị đang chờ xử lý. Quý vị cũng sẽ tiếp tục nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng kháng nghị của quý vị) mà không có thay đổi nào.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi đang xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận lại tất cả thông tin. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần, có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh

- Đối với kháng nghị nhanh, chúng tôi phải gửi phản hồi cho quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị**. Chúng tôi sẽ báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi sẽ **dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc trước khi kết thúc khoảng thời gian gia hạn nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp khoản bao trả mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị quyết định của chúng tôi bằng văn bản và tự động chuyển tiếp kháng nghị của quý vị tới tổ chức duyệt xét độc lập để Kháng nghị Cấp 2. Tổ chức duyệt xét độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ báo cho quý vị quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi sẽ dành thêm tối đa 14 ngày** theo lịch nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B.
 - Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, xem Phần 10 của chương này).
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị khi tới thời hạn (hoặc trước khi kết thúc khoảng thời gian gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên kháng nghị Cấp 2, trong đó một tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét kháng nghị. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bao trả trong vòng **30 ngày theo lịch** hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho một loại thuốc theo toa Medicare Phần B, sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị bổ sung.
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về việc bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, lá thư sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập để kháng nghị Cấp 2.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid, thư sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn kháng nghị Cấp 2.

Phần 6.4**Hướng dẫn từng bước: Cách tiến hành kháng nghị Cấp 2****Thuật ngữ Pháp lý**

Tên chính thức cho tổ chức duyệt xét độc lập là **Cơ quan Duyệt xét Độc lập**. Đôi khi được gọi tắt là **IRE**.

Tổ chức duyệt xét độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định của chúng tôi có chính xác hay không và có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức này.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng thường được **Medicare bao trả**, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị ngay khi kháng nghị Cấp 1 hoàn tất.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được **Medicaid bao trả**, quý vị có thể tự nộp đơn kháng nghị Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách thực hiện việc này. Thông tin cũng có ở phần dưới đây.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng có thể được **cả Medicare và Medicaid bao trả**, quý vị sẽ tự động nhận được kháng nghị Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần Công bằng với tiêu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục nhận các quyền lợi khi quý vị nộp đơn kháng nghị Cấp 1, các quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang được kháng nghị cũng có thể tiếp tục trong Cấp 2. Xem Phần 6.3 để biết thông tin về việc tiếp tục các quyền lợi của quý vị trong các kháng nghị Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được Medicare bao trả, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình kháng nghị Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường được Medicaid bao trả, các quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp kháng nghị Cấp 2 trong vòng 10 ngày dương lịch sau khi nhận được thư quyết định của chương trình.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicare thường bao trả:

Bước 1: Tổ chức duyệt xét độc lập duyệt xét đơn kháng nghị của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng nghị của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức duyệt xét độc lập thông tin bổ sung để củng cố đơn kháng nghị của quý vị.
- Người đánh giá tại tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị đã được kháng nghị nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ được kháng nghị nhanh ở Cấp 2

- Đối với kháng nghị nhanh, tổ chức duyệt xét phải trả lời đơn kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức duyệt xét độc lập cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì có thể mất thêm tối đa 14 ngày dương lịch.** Tổ chức duyệt xét độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị đã nộp kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ được kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, tổ chức duyệt xét phải trả lời đơn Kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được. Nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B, tổ chức duyệt xét phải trả lời đơn kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được.
- Tuy nhiên, nếu yêu cầu của quý vị là về vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức duyệt xét độc lập cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì có thể mất thêm tối đa 14 ngày dương lịch.** Tổ chức duyệt xét độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là cho thuốc kê toa Medicare Phần B.

Bước 2: Tổ chức duyệt xét độc lập cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Tổ chức duyệt xét độc lập sẽ cho quý vị biết về quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- **Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu bao trả cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải cho phép bao trả dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 14 ngày** theo lịch sau khi nhận được quyết định từ tổ chức duyệt xét độc lập đối với các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức độc lập đối với các **yêu cầu giải quyết nhanh.**
- **Nếu Tổ chức Duyệt xét Độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu bao trả thuốc theo toa Medicare Phần B,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức duyệt xét độc lập đối với **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc **trong vòng 24 giờ** đối với các **yêu cầu giải quyết nhanh.**
- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ đơn kháng nghị của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết**

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

định hoặc từ chối đơn kháng nghị của quý vị). Trong trường hợp này, tổ chức duyệt xét độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của mình.
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp 3 nếu giá trị tính bằng đô la của khoản bao trả chăm sóc y tế đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức duyệt xét độc lập sẽ cho quý vị số tiền bằng đô la mà quý vị phải đáp ứng để tiếp tục thủ tục kháng nghị.
- Cho quý vị biết cách nộp đơn kháng nghị Cấp 3.
- Nếu kháng nghị Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục thủ tục kháng nghị, quý vị phải quyết định liệu quý vị có muốn chuyển lên Cấp 3 hay không và nộp đơn kháng nghị thứ ba. Các chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau kháng nghị Cấp 2.
- Kháng nghị Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 trong chương này giải thích về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicaid thường bao trả:

Bước 1: Quý vị có thể yêu cầu Phiên điều trần Công bằng với tiểu bang.

- Cấp 2 của quy trình kháng nghị đối với các dịch vụ thường được Medicaid bao trả là Phiên điều trần Công bằng với tiểu bang. Quý vị phải yêu cầu Phiên điều trần Công bằng bằng văn bản hoặc qua điện thoại **trong vòng 120 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư quyết định về kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Thư quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi gửi yêu cầu điều trần của quý vị.

Tại Hawaii, Phiên điều trần Công bằng với tiểu bang được gọi là Phiên điều trần Hành chính Tiểu bang DHS. Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần hành chính cấp tiểu bang nếu không hài lòng với quyết định cuối cùng về kháng nghị của chúng tôi. Đơn kháng nghị phải bằng văn bản. Quý vị phải nộp đơn kháng nghị lên Văn phòng Kháng nghị Hành chính DHS trong vòng 120 ngày theo lịch kể từ khi quý vị nhận được quyết định cuối cùng về kháng nghị của chúng tôi.

Gửi kháng nghị qua bưu điện tới:

Hawaii Department of Human Services
Administrative Appeals Office
P.O. Box 339
Honolulu, HI 96809-0039

DHS sẽ đưa ra quyết định trong vòng 90 ngày theo lịch kể từ ngày yêu cầu kháng nghị được nộp. Quyết định điều trần hành chính của DHS là quyết định cuối cùng. Nếu DHS bác bỏ quyết định của chúng tôi thì chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ mà chúng tôi đã từ chối ngay khi tình trạng sức khỏe của quý vị cần phải sử dụng dịch vụ đó, nhưng không trễ hơn 72 giờ kể từ ngày quý vị nhận được quyết định của Tiểu bang.

Bước 2: Văn phòng Điều trần Công bằng cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

Văn phòng Điều trần Công bằng sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu văn phòng Điều trần Công bằng đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu về vật dụng hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng đó trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ văn phòng Điều trần Công bằng.
- Nếu Văn phòng Điều Trần Công bằng từ chối một phần hoặc toàn bộ đơn kháng nghị của quý vị, họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định hoặc từ chối đơn kháng nghị của quý vị**.)

Nếu quyết định là “không” cho tất cả hoặc một phần những gì tôi đã yêu cầu, tôi có thể nộp đơn kháng nghị khác không?

Nếu tổ chức đánh giá độc lập hoặc quyết định của văn phòng Điều trần Công bằng là “không” cho tất cả hoặc một phần những gì quý vị đã yêu cầu, **quý vị có quyền kháng nghị bổ sung**.

Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng sẽ mô tả tùy chọn kháng nghị tiếp theo này.

Xem **Phần 10** của chương này để biết thêm thông tin về quyền kháng nghị sau Cấp 2.

Phần 6.5 **Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho phần chi phí của chúng tôi trên hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã nhận được?**

Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid được chương trình bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả lại cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn** cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình thanh toán lại bất cứ khi nào quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chi phí của mình cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình chúng tôi bao trả. Khi quý vị gửi hóa đơn mà quý vị đã thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định những dịch vụ hoặc thuốc đó cần được bao trả, chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị các dịch vụ hoặc thuốc.

Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định khoản bao trả từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu quyết định bao trả. Để đưa ra quyết định bao trả này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng khoản bao trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare hoặc quý vị đang yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid mà quý vị đã thanh toán, quý vị sẽ yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả này. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng khoản bao trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi thường trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu chúng tôi không đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được bao trả hoặc quý vị *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi quý vị một lá thư cho biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng nghị**. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bao trả đã đưa ra khi chúng tôi bác bỏ yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để nộp đơn kháng nghị này, hãy làm theo thủ tục kháng nghị mà được mô tả trong Phần 6.3. Đối với các kháng nghị liên quan đến bồi hoàn, vui lòng lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã nhận được và thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng nghị nhanh.
- Nếu tổ chức duyệt xét độc lập quyết định rằng chúng tôi phải chi trả thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 30 ngày dương lịch. Nếu đồng ý với kháng nghị của quý vị ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán quý vị yêu cầu hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày dương lịch.

PHẦN 7 Thuốc kê toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị

Phần 7.1 Phần này cho biết quý vị cần làm gì nếu gặp khó khăn khi nhận thuốc Phần D hoặc muốn chúng tôi trả lại tiền thuốc Phần D cho quý vị

Các quyền lợi của quý vị bao gồm khoản bao trả cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được bao trả, thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế). Để biết chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Phần D của quý vị.** Để đơn giản hóa, chúng tôi sẽ đề cập là *thuốc* trong phần còn lại, thay vì lặp lại *thuốc kê toa ngoại trú được bao trả hoặc thuốc Phần D* mỗi lần. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ *Danh Sách Thuốc* thay vì *Danh sách Thuốc được Bao trả hoặc Danh Mục Thuốc*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc quý vị có đáp ứng các quy tắc hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi bao trả cho thuốc đó.
- Nếu nhà thuốc cho quý vị biết rằng toa thuốc của quý vị không thể mua theo kê đơn, nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bao trả.

Quyết định bao trả và kháng nghị Phần D

Thuật ngữ Pháp lý

Quyết định bao trả ban đầu về các thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bao trả**.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong các tình huống sau đây:

- Yêu cầu bao trả cho thuốc Phần D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của chương trình. **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với khoản đài thọ của chương trình cho một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận, cho phép trước hoặc yêu cầu phải thử một loại thuốc khác trước). **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu xin phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 7.4**
- Thanh toán cho một loại thuốc kê toa mà quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định đó.

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bao trả và cách yêu cầu kháng nghị.

Phần 7.2 Trường hợp ngoại lệ là gì?

Thuật ngữ Pháp lý

Yêu cầu bao trả cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ đối với danh mục thuốc**.

Yêu cầu bỏ hạn chế bao trả đối với một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ đối với danh mục thuốc**.

Yêu cầu thanh toán một mức giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ đối với bậc thuốc**.

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra **ngoại lệ**. Một ngoại lệ là một loại quyết định mức bao trả.

Để chúng tôi cân nhắc yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ đó được phê duyệt. Dưới đây là hai ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi cho phép:

1. **Bao trả thuốc Phần D cho quý vị mà không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý bao trả cho loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*, quý vị phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho tất cả các loại thuốc của quý vị. Quý vị không thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với khoản đồng thanh toán mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc đó.
2. **Bỏ hạn chế cho một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

Phần 7.3**Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ****Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế**

Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi tuyên bố giải thích lý do y tế cho việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để đưa ra quyết định nhanh hơn, hãy cung cấp thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý với yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, chấp thuận đó thường có hiệu lực đến cuối năm chương trình. Điều này đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một lần nữa xem xét lại bằng cách nộp đơn kháng nghị.

Phần 7.4**Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ****Thuật ngữ Pháp lý**

Quyết định bao trả nhanh được gọi là **quyết định bao trả giải quyết nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần quyết định bao trả tiêu chuẩn hay quyết định bao trả nhanh hay không.

Các quyết định bao trả tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được báo cáo của bác sĩ của quý vị. **Các quyết định bao trả nhanh** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được báo cáo của bác sĩ của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh. Để nhận được quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu *một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được*. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh để được hoàn lại tiền cho thuốc mà quý vị đã mua.)
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây *tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến chức năng hoạt động của quý vị*.
- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bao trả nhanh không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả nhanh hay không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động trao cho quý vị quyết định bao trả nhanh.
 - Cho quý vị biết cách thức quý vị có thể nộp đơn “khiếu nại nhanh” về quyết định của chúng tôi trong việc ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh mà quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu quyết định bao trả tiêu chuẩn hoặc quyết định bao trả nhanh.

Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình ra quyết định bao trả thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản, bao gồm yêu cầu được nộp theo biểu mẫu *Yêu cầu Quyết định Bao trả CMS*, hoặc biểu mẫu của chương trình chúng tôi có trên trang web của chúng tôi tại <https://www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-drug-review>. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng đảm bảo bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu chi trả quyền lợi bị từ chối nào đang được kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện việc này. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư hành động thay mặt quý vị. Phần 4 của chương này cho biết cách quý vị cho phép bằng văn bản để người khác làm người đại diện cho mình.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố hỗ trợ,** đó là lý do y tế cho trường hợp ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể fax hoặc gửi báo cáo qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hay bác sĩ kê toa khác có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó fax hoặc gửi tuyên bố bằng văn bản nếu cần.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Thời hạn cho quyết định bao trả nhanh

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được báo cáo chứng minh yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ thông báo cho quý vị cách kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)***Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận được***

- Thông thường, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được báo cáo chứng minh yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải **cung cấp khoản bao trả** mà chúng tôi đã đồng ý **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ thông báo cho quý vị cách kháng nghị.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về khoản thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ thông báo cho quý vị cách kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi trả lời không đồng ý với yêu cầu bao trả của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách nộp đơn kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để có được khoản bao trả thuộc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 7.5**Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng nghị Cấp 1****Thuật ngữ Pháp lý**

Kháng nghị lên chương trình về quyết định bao trả thuộc Phần D được gọi là **quyết định lại của chương trình**.

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **quyết định lại được giải quyết nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Kháng nghị nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu cần thiết cho tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu kháng nghị nhanh

- Nếu quý vị kháng nghị quyết định chúng tôi đưa ra về một loại thuốc quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được kháng nghị nhanh cũng giống như các yêu cầu để nhận quyết định bao trả nhanh trong Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Quý vị, hoặc người đại diện, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác) phải liên hệ với chúng tôi và tiến hành kháng nghị Cấp 1. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu trả lời nhanh, quý vị phải nộp kháng nghị nhanh.

- **Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản** hoặc gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với kháng nghị nhanh, hãy gửi kháng nghị của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số (808) 9486000.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản**, bao gồm yêu cầu được nộp theo *Biểu mẫu Yêu cầu Quyết định Bao trả – Biểu mẫu CMS*, có trên trang web của chúng tôi tại <https://www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-drug-review/>. Vui lòng đảm bảo bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu chi trả quyền lợi của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị phải nộp kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản** mà chúng tôi đã gửi đề cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bao trả. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do hợp lý cho việc đó, hãy giải thích lý do nộp kháng nghị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để nộp đơn kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm: quý vị bị bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong đơn kháng nghị và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để củng cố đơn kháng nghị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi đang xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận lại tất cả thông tin về yêu cầu bao trả của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi từ chối yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh

- **Đối với kháng nghị nhanh, chúng tôi phải gửi phản hồi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị.** Chúng tôi sẽ báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập **Phần 7.6** giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn kháng nghị tiêu chuẩn cho một loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày dương lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập. **Phần 7.6** giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả nhanh nhất có thể theo yêu cầu sức khỏe của quý vị, nhưng không muộn hơn **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về khoản thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức duyệt xét độc lập.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ thông báo cho quý vị cách kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ quyết định có muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và thực hiện kháng nghị khác hay không.

- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng nghị khác, điều đó có nghĩa là đơn kháng nghị của quý vị sẽ chuyển lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị.

Phần 7.6**Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng nghị Cấp 2****Thuật ngữ Pháp lý**

Tên chính thức cho tổ chức duyệt xét độc lập là **Cơ quan Duyệt xét Độc lập**. Đôi khi được gọi tắt là **IRE**.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Tổ chức duyệt xét độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định của chúng tôi có chính xác hay không và có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện hoặc bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức duyệt xét độc lập và yêu cầu tái xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị, thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm các **hướng dẫn về cách nộp đơn kháng nghị Cấp 2** với tổ chức duyệt xét độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể nộp đơn kháng nghị Cấp 2 này, quý vị phải tuân theo thời hạn nào và cách liên hệ với tổ chức duyệt xét. Tuy nhiên, nếu chúng tôi không hoàn thành đánh giá trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định bất lợi liên quan đến việc xác định **nguy cơ** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu chi trả quyền lợi của quý vị cho IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng nghị của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.** Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức duyệt xét độc lập thông tin bổ sung để củng cố đơn kháng nghị của quý vị.

Bước 2: Tổ chức duyệt xét độc lập duyệt xét đơn kháng nghị của quý vị.

Người đánh giá tại tổ chức duyệt xét độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu tổ chức duyệt xét độc lập xử lý kháng nghị nhanh.
- Nếu tổ chức đồng ý áp dụng kháng nghị nhanh, tổ chức này sẽ trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức duyệt xét phải cho quý vị biết câu trả lời cho đơn kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị nếu đó là thuốc quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức duyệt xét phải cho quý vị biết câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức duyệt xét độc lập cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Đối với kháng nghị nhanh:

- Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bao trả thuốc đã được tổ chức duyệt xét chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức này.

Đối với kháng nghị thông thường:

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu tổ chức duyệt xét độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải **cung cấp bao trả thuốc** đã được tổ chức duyệt xét chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức này.
- Nếu Tổ chức Duyệt xét Độc lập chấp thuận yêu cầu hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức duyệt xét.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức duyệt xét từ chối đơn kháng nghị của quý vị?

Nếu tổ chức này từ chối **một phần hoặc toàn bộ** đơn kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối đơn kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức duyệt xét độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của mình.
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp 3 nếu giá trị tính bằng đô la của khoản bao trả thuốc đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị tính bằng đô la của khoản bao trả thuốc mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể tiến hành kháng nghị khác và quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị tính bằng đô la phải đang tranh chấp để tiếp tục quy trình kháng nghị.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị sẽ chọn có muốn nộp đơn kháng nghị lên cấp cao hơn hay không.

- Có ba cấp kháng nghị tiếp theo sau Cấp 2 (và tổng số là năm cấp kháng nghị).
- Nếu quý vị muốn chuyển lên kháng nghị Cấp 3, các chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
- Kháng nghị Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 trong chương này trình bày thêm về quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 8 **Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm**

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc thương tích của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị sẽ xuất viện. Họ sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị được quyết định, bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đang bị yêu cầu ra viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong thời gian quý vị nằm viện nội trú, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết các quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày theo lịch kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản có tên là *Thông báo quan trọng từ Medicare về các quyền của quý vị*. Mọi người có bảo hiểm Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này.

Nếu quý vị không nhận được thông báo từ ai đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên phụ trách hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào về thông báo đó. Nếu quý vị cần trợ giúp, gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

1. Xin đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết:

- Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau khi quý vị nằm viện, theo yêu cầu của bác sĩ. Điều này bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai sẽ trả tiền cho những dịch vụ này và nơi quý vị có thể nhận dịch vụ đó.
- Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
- Nơi báo cáo bất kỳ mối quan ngại nào của quý vị về phẩm chất dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
- Quyền **yêu cầu xem xét lại ngay lập tức** quyết định cho quý vị xuất viện nếu quý vị nghĩ rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện của quý vị để chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian lâu hơn.

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của quý vị.

- Quý vị hoặc ai đó hành động thay mặt quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo.
- Việc ký vào thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký vào thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý về ngày xuất viện.

3. Lưu giữ bản sao thông báo để quý vị luôn sẵn có thông tin về việc nộp đơn kháng nghị (hoặc báo cáo mối quan ngại về phẩm chất chăm sóc) nếu quý vị cần.

- Nếu quý vị ký vào thông báo hơn hai ngày theo lịch trước ngày quý vị ra viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.
- Để xem trước bản sao thông báo này, quý vị có thể gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng hoặc 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. Quý vị có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 8.2**Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện**

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần sử dụng thủ tục kháng nghị để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy tìm hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn như thế nào.

- **Làm theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, hãy gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng. Hoặc gọi cho Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân hóa.

Trong quá trình kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Tổ chức này sẽ kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân có bảo hiểm Medicare. Tổ chức này cũng xem xét ngày xuất viện cho những người có Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng của tiểu bang quý vị và yêu cầu xem xét lại ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động nhanh chóng.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo quan trọng từ Medicare về các quyền của quý vị*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Hành động nhanh:

- Để nộp đơn kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước khi* xuất viện và **không trễ hơn nửa đêm ngày xuất viện**.
 - **Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này,** quý vị được phép ở lại viện *sau ngày xuất viện* mà **không phải trả tiền cho thời gian đó** trong khi chờ quyết định từ Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
 - **Nếu quý vị không đáp ứng thời hạn này,** hãy liên hệ với chúng tôi. Nếu quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, *quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí* của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch đó.

Khi quý vị yêu cầu xem xét lại ngay việc xuất viện của quý vị, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Vào buổi trưa trong ngày sau khi chúng tôi được liên hệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông báo Xuất viện Chi tiết**. Vào buổi trưa sau ngày người đánh giá thông báo cho chương trình chúng tôi về Thông báo này nêu rõ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện đúng (phù hợp về mặt y tế) vào ngày đó.

Quý vị có thể lấy mẫu **Thông báo Xuất viện Chi tiết** bằng cách gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY xin gọi số

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (chúng tôi gọi tắt là “người đánh giá”) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng khoản bao trả cho các dịch vụ nên tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa trong ngày sau khi người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng nêu rõ chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện đúng (phù hợp về mặt y tế) vào ngày đó.

Bước 3: Trong vòng đủ một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng nghị của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức duyệt xét **đồng ý**, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả cho quý vị miễn là các dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán, nếu áp dụng). Ngoài ra, có thể có những hạn chế đối với các dịch vụ bệnh viện được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là không đồng ý?

- Nếu tổ chức duyệt xét **từ chối**, tức là họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **khoản bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời đơn kháng nghị của quý vị.
- Nếu tổ chức duyệt xét **từ chối** đơn kháng nghị của quý vị và quý vị quyết định ở lại bệnh viện, thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng nghị của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho đơn kháng nghị Cấp 1 của quý vị là không đồng ý, quý vị sẽ quyết định có muốn nộp đơn kháng nghị khác hay không.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng **từ chối** đơn kháng nghị của quý vị, và quý vị nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn kháng nghị khác. Nộp đơn kháng nghị khác có nghĩa là quý vị sẽ chuyển sang **Cấp 2** của thủ tục kháng nghị.

Phần 8.3**Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện**

Trong quá trình kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định đối với đơn kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối đơn kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng một lần nữa và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* đơn kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu duyệt xét này nếu quý vị nằm viện sau ngày khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện một cuộc duyệt xét thứ hai về tình hình của quý vị.

- Người đánh giá của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị Cấp 2 của quý vị, người đánh giá sẽ đưa ra và thông báo quyết định về kháng nghị của quý vị.***Nếu tổ chức duyệt xét đồng ý:***

- **Chúng tôi phải hoàn trả** cho quý vị phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ trưa của ngày sau ngày kháng nghị đầu tiên của quý vị bị Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị miễn là điều đó cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và giới hạn bao trả có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức duyệt xét từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đã đưa ra đối với đơn Kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản cho biết quý vị có thể làm những gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình duyệt xét.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn kháng nghị tới Cấp 3 hay không.

- Có ba cấp kháng nghị tiếp theo sau Cấp 2 (và tổng số là năm cấp kháng nghị). Nếu quý vị muốn chuyển lên kháng nghị Cấp 3, các chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
- Kháng nghị Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. **Phần 10** của chương này trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bao trả của quý vị kết thúc quá sớm

Phần 9.1 *Phần này chỉ đề cập đến ba dịch vụ:*
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF)

Khi quý vị nhận các **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng được bao trả (Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú)**, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại hình chăm sóc đó miễn là chăm sóc đó là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc ngừng bao trả bất kỳ loại nào trong ba loại chăm sóc trên cho quý vị, chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị. Khi khoản bao trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt, **chúng tôi sẽ ngừng thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị **quá sớm, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.** Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

Phần 9.2 **Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trước khi nào bao trả của quý vị sẽ chấm dứt**

Thuật ngữ Pháp lý

Thông báo về quyết định không bao trả của Medicare. Tài liệu này cho quý vị biết cách quý vị có thể yêu cầu **kháng nghị nhanh**. Đơn kháng nghị giải quyết nhanh là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bao trả của chúng tôi về thời điểm ngừng chăm sóc cho quý vị.

1. Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản ít nhất hai ngày theo lịch trước khi chương trình chúng tôi ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo cho quý vị biết:

- Ngày chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó.
- Cách yêu cầu kháng nghị giải quyết nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.

2. Quý vị hoặc ai đó hành động thay mặt quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký vào thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm kết thúc khoản bao trả của quý vị. **Việc ký tên vào thông báo này không có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chương trình ngừng nhận dịch vụ chăm sóc.**

Phần 9.3**Hướng dẫn từng bước: Cách tiến hành kháng nghị Cấp 1 để yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn**

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần sử dụng thủ tục kháng nghị để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy tìm hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn như thế nào.

- **Làm theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, hãy gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng. Hoặc gọi cho Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân hóa.

Trong quá trình kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Điều đó quyết định liệu ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc cho quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân có bảo hiểm Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng bao trả cho một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Nộp Kháng nghị Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiểu bang và yêu cầu kháng nghị giải quyết nhanh. Quý vị phải hành động nhanh chóng.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo về quyết định không bao trả của Medicare.*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiểu bang của quý vị trong Chương 2.)

Hành động nhanh:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị **vào trưa trước ngày có hiệu lực** trên *Thông Báo Dịch Vụ Không Được Medicare Bao Trả*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, quý vị vẫn có quyền kháng nghị. Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý

Giải thích chi tiết về quyết định không bao trả. Thông báo cung cấp thông tin chi tiết về lý do chấm dứt bao trả.

Điều gì xảy ra trong quá trình duyệt xét này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (chúng tôi gọi tắt là người đánh giá) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bao trả cho các dịch vụ nên tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Tổ chức duyệt xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào cuối ngày, người đánh giá sẽ thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị, và quý vị cũng sẽ nhận được **Giải thích chi tiết về quyết định không bao trả** từ chúng tôi giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng đủ một ngày sau khi họ có tất cả thông tin cần thiết, người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu người đánh giá đồng ý?

- Nếu người đánh giá *đồng ý* với đơn kháng nghị của quý vị, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả cho quý vị miễn là các dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán, nếu áp dụng). Có thể có những hạn chế đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu người đánh giá không đồng ý?

- Nếu người đánh giá *từ chối*, thì **khoản bao trả của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF) sau ngày này khi khoản bao trả của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho đơn kháng nghị Cấp 1 của quý vị là không đồng ý, quý vị sẽ quyết định có muốn nộp đơn kháng nghị khác hay không.

- Nếu người đánh giá *từ chối* đơn kháng nghị Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó đã kết thúc – thì quý vị có thể nộp đơn kháng nghị Cấp 2 khác.

Phần 9.4

Hướng dẫn từng bước: Cách tiến hành kháng nghị Cấp 2 để yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Trong quá trình kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định đối với đơn kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối đơn kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF) sau ngày chúng tôi cho biết bao trả của quý vị sẽ chấm dứt.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng một lần nữa và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày mà Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* đơn kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu duyệt xét này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện một cuộc duyệt xét thứ hai về tình hình của quý vị.

- Người đánh giá của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị, người đánh giá sẽ đưa ra và thông báo quyết định về kháng nghị của quý vị.**Điều gì xảy ra nếu tổ chức duyệt xét đồng ý?**

- Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** cho dịch vụ chăm sóc của quý vị miễn là điều đó cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của quý vị và giới hạn bao trả có thể được áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức duyệt xét từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đã đưa ra đối với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản cho biết quý vị có thể làm những gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình duyệt xét. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên cấp kháng nghị tiếp theo, được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn kháng nghị tới cấp tiếp theo hay không.

- Có ba cấp kháng nghị tiếp theo sau Cấp 2 và tổng số là năm cấp. Nếu quý vị muốn chuyển lên kháng nghị Cấp 3, các chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
- Kháng nghị Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 trong chương này trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 10 Nộp kháng nghị lên Cấp 3 và cấp cao hơn**Mục 10.1 Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Cung cấp Dịch vụ Y tế**

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2 và cả hai kháng nghị của quý vị đã bị từ chối.

Nếu giá trị tính bằng đô la của vật dụng hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng quy định mức tối thiểu, quý vị có thể tiếp tục chuyển sang các mức kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị tính bằng đô la thấp

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm nữa. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được cho đơn kháng nghị Cấp 2 sẽ cho biết cách thực hiện Kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba mức kháng nghị cuối cùng hoạt động theo cách tương tự nhau. Dưới đây là người sẽ xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi cấp trong số các cấp này.

Kháng nghị Cấp 3 Một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính quyền Liên bang sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị và cho quý vị câu trả lời.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử đồng ý với đơn kháng nghị của quý vị, thủ tục kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị, kháng nghị đó sẽ chuyển sang kháng nghị Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao yêu cầu kháng nghị Cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định kháng nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng nghị của quý vị, thủ tục kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng nghị của mình, thủ tục kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đưa lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì để kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị Cấp 4 Hội đồng Kháng nghị Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội đồng là một phần của chính quyền Liên bang.

- **Nếu câu trả lời là có, hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi xem xét quyết định ủng hộ kháng nghị Cấp 3, thủ tục kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có kháng nghị quyết định này lên Cấp 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu duyệt xét, thủ tục kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng nghị của mình, thủ tục kháng nghị sẽ kết thúc.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đưa lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Nếu Hội đồng từ chối đơn kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục Kháng nghị Cấp 5 hay không và cách tiếp tục kháng nghị Cấp 5.

Kháng nghị Cấp 5 Một thẩm phán tại Tòa án Quận Liên bang sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không có mức kháng nghị sau Tòa án Liên bang Quận.

Phần 10.2 Kháng nghị Medicaid bổ sung

Quý vị cũng có các quyền kháng nghị khác nếu kháng nghị của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicaid thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng sẽ cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

Phần 10.3 Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 cho Yêu cầu Bao trả Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2 và cả hai kháng nghị của quý vị đã bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng quy định mức tối thiểu, quý vị có thể tiếp tục chuyển sang các mức kháng nghị bổ sung. Nếu số tiền ít hơn, quý vị không thể kháng nghị thêm nữa. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được cho đơn kháng nghị Cấp 2 sẽ cho biết quý vị cần liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba mức kháng nghị cuối cùng hoạt động theo cách tương tự nhau. Dưới đây là người sẽ xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi cấp trong số các cấp này.

Kháng nghị Cấp 3 Một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính quyền Liên bang sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị và cho quý vị câu trả lời.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bao trả thuốc** đã được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị nhanh) hoặc thực hiện thanh toán chậm nhất là 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, thủ tục kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng nghị của mình, thủ tục kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đưa lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì để kháng nghị Cấp 4.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Kháng nghị Cấp 4 **Hội đồng Kháng nghị Medicare (Hội Đồng)** sẽ đánh giá đơn kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội đồng là một phần của chính quyền Liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bao trả thuốc** đã được Hội đồng phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị nhanh) hoặc thực hiện thanh toán chậm nhất là 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, thủ tục kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng nghị của mình, thủ tục kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đưa lên cấp tiếp theo của quy trình duyệt xét. Nếu Hội đồng từ chối đơn kháng nghị hoặc yêu cầu tái xét kháng nghị của quý vị, thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục kháng nghị Cấp 5 hay không. Thông báo này cũng sẽ cho quý vị biết cần liên hệ với ai và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng nghị.

Kháng nghị Cấp 5 Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét đơn kháng nghị của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không có mức kháng nghị sau Tòa án Liên bang Quận.

PHẦN 11 **Cách khiếu nại về phẩm chất chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác**

Phần 11.1 **Những loại vấn đề được giải quyết theo thủ tục khiếu nại?**

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Bao gồm các vấn đề liên quan đến phẩm chất chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được giải quyết theo quy trình khiếu nại.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Khiếu nại	Ví dụ
Phẩm chất chăm sóc y tế của quý vị	Quý vị có không hài lòng với phẩm chất dịch vụ chăm sóc đã nhận được (bao gồm cả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	Có ai đó không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bí mật của quý vị không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	- Có ai thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không? - Quý vị có hài lòng với bộ phận Quan hệ Khách hàng của chúng tôi không? - Quý vị có cảm thấy mình được khuyến khích rời khỏi chương trình không?
Thời gian chờ đợi	- Quý vị có gặp khó khăn khi đặt lịch hẹn, hoặc chờ quá lâu để nhận hẹn không? - Quý vị có phải chờ bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác quá lâu không? Hoặc bộ phận Quan hệ Khách hàng của chúng tôi hoặc nhân viên khác trong chương trình không? - Các ví dụ bao gồm chờ quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc khi nhận toa thuốc.
Sự sạch sẽ	Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	- Chúng tôi có không gửi thông báo bắt buộc cho quý vị không? - Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?
Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến <i>thời gian làm việc</i> của nhân viên trong các hoạt động của chúng tôi liên quan đến quyết định đài thọ và kháng nghị)	Nếu quý vị đã yêu cầu đưa ra quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng nghị, và quý vị cho rằng chúng tôi không trả lời đủ nhanh, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là một vài ví dụ: - Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bao trả nhanh” hoặc “kháng nghị nhanh” và chúng tôi đã trả lời không thì quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn cho việc đưa ra quyết định bao trả hoặc trả lời đơn kháng nghị; quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bao trả hoặc bồi hoàn cho quý vị đối với một số vật dụng y tế hoặc dịch vụ hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi đã không đáp ứng thời hạn bắt buộc để chuyển tiếp trường hợp của quý vị cho tổ chức duyệt xét độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 11.2 Cách khiếu nại

Thuật ngữ Pháp lý

- **Khiếu nại** còn được gọi là **than phiền**.
- **Nộp đơn khiếu nại** còn được gọi là **nộp đơn than phiền**.
- **Sử dụng quy trình khiếu nại** còn được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn than phiền**.
- **Khiếu nại nhanh** còn được gọi là **than phiền giải quyết nhanh**.

Phần 11.3 Hướng dẫn từng bước: Nộp đơn khiếu nại

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Thông thường, gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng là bước đầu tiên.** Nếu có bất cứ điều gì khác quý vị cần làm, bộ phận Quan hệ Khách hàng sẽ cho quý vị biết.
- **Nếu quý vị không muốn gọi điện (hoặc quý vị đã gọi điện và không hài lòng), quý vị có thể gửi khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi.** Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Nếu quý vị gọi cho chúng tôi hoặc gửi cho chúng tôi khiếu nại của quý vị bằng văn bản, chúng tôi sẽ nộp đơn khiếu nại của quý vị cho quý vị. Để xử lý khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ cần các thông tin sau:
 - Họ tên của quý vị.
 - Mã số hội viên của quý vị.
 - Số điện thoại chúng tôi có thể liên hệ với quý vị ban ngày.
 - Mô tả về khiếu nại, bao gồm ngày xảy ra.
 - Địa chỉ văn phòng và tên của các bác sĩ, nhà cung cấp hoặc nhân viên của họ có liên quan, nếu có.
 - Bất kỳ tài liệu nào quý vị muốn chúng tôi xem xét khi giải quyết khiếu nại của quý vị.
 - Chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của người đại diện của quý vị, nếu khiếu nại được gửi cho chúng tôi bằng văn bản. (Địa chỉ được in trên bìa sau của tài liệu này).

Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác, hoặc người khác làm đại diện cho quý vị, thì quý vị sẽ cần phải nộp mẫu đơn “Chỉ định Người đại diện”. Đơn này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị phải ký tên trên biểu mẫu. Để lấy mẫu đơn, quý vị có thể làm như sau:

- Tải xuống biểu mẫu trên trang web của chúng tôi tại www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-appoint-representative/
- Gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này) và yêu cầu cấp mẫu đơn “Chỉ định Người Đại diện”.
- Biểu mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

Lưu ý: Biểu mẫu người đại diện có hiệu lực trong một năm kể từ ngày có chữ ký của cả người ghi danh và người được chỉ định, trừ khi bị thu hồi. Ví dụ, nếu người ghi danh ký vào mẫu vào ngày 1 tháng 1 năm 2025 và người đại diện ký vào ngày 3 tháng 1 năm 2025 (hoặc ngược lại), mẫu này có hiệu lực trong một năm bắt đầu từ ngày 3 tháng 1 năm 2025.

- **Dù quý vị gọi điện hay viết thư, quý vị nên liên hệ ngay với bộ phận Quan hệ Khách hàng.** Quý vị có thể khiếu nại bất cứ lúc nào sau khi quý vị gặp vấn đề muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể trả lời quý vị trong cùng một cuộc gọi.
- **Hầu hết các khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày dương lịch (44 ngày dương lịch) để trả lời khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu quyết định bao trả nhanh hoặc kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ tự động thực hiện “khiếu nại nhanh” cho quý vị.** Nếu quý vị được áp dụng khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **trả lời quý vị trong vòng 24 giờ.**
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ đưa ra lý do trong câu trả lời của chúng tôi cho quý vị.**

Phần 11.4**Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về phẩm chất chăm sóc tới Tổ chức Cải thiện Chất lượng**

Khi quý vị khiếu nại về *phẩm chất chăm sóc*, quý vị cũng có hai lựa chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp tới Tổ chức Cải thiện Chất lượng.**
 - Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Quý vị có thể đồng thời nộp đơn khiếu nại tới cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chúng tôi.**

Phần 11.5**Quý vị cũng có thể thông báo với Medicare và Medicaid về khiếu nại của quý vị**

Quý vị có thể gửi khiếu nại về *HMSA Akamai Advantage Dual Care* trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị không hài lòng với việc giải quyết khiếu nại, hoặc quý vị cảm thấy khiếu nại của mình không được giải quyết, quý vị có thể yêu cầu xem xét khiếu nại từ DHS, Bộ Phận Med-QUEST.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại)

- Để nộp đơn yêu cầu xem xét lại khiếu nại qua điện thoại, hãy gọi cho Bộ phận Med-QUEST, DHS theo số:
Med-QUEST Division
Health Care Services Branch
P.O. Box 700190
Kapolei, HI 96709-0190
Phone: (808) 692-8094

Quý vị có 30 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được quyết định về khiếu nại của chúng tôi để yêu cầu xem xét lại khiếu nại.

Bộ phận Med-QUEST, DHS sẽ trả lời trong vòng 90 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu xem xét khiếu nại của quý vị. Quyết định xem xét khiếu nại do DHS, Bộ phận Med-QUEST đưa ra là quyết định cuối cùng.

CHƯƠNG 10:

*Kết thúc tư cách hội viên của quý vị
trong chương trình*

PHẦN 1 **Giới thiệu về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi**

Việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình *HMSA Akamai Advantage Dual Care* có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì quý vị quyết định rằng quý vị *muốn* rời khỏi chương trình. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị một cách tự nguyện.
- Cũng có một số trường hợp hạn chế mà quý vị không muốn rời khỏi chương trình, nhưng chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống khi chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa cho quý vị và quý vị sẽ tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

PHẦN 2 **Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi?**

Phần 2.1 **Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình vì quý vị có Medicare và Medicaid**

- Hầu hết những người có bảo hiểm Medicare chỉ có thể kết thúc tư cách hội viên của họ trong một số thời điểm nhất định trong năm. Do có 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 kê 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.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có tín dụng từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc Medicare.

Liên hệ với Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các tùy chọn chương trình Medicaid của quý vị (số điện thoại có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này).

- Các tùy chọn chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác có sẵn trong **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm**. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai đoạn Ghi danh Hàng năm.

- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc?** Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Việc ghi danh vào chương trình mới của quý vị cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm (còn được gọi là Giai đoạn Ghi danh Mở Hàng năm). Trong thời gian này, hãy xem lại bảo hiểm y tế và thuốc của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tới.

- **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm** là từ ngày **15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**.
- **Chọn duy trì bảo hiểm hiện tại của mình hoặc thay đổi bảo hiểm của mình cho năm tới.** Nếu quý vị quyết định đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa.
 - Original Medicare có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng.

HOẶC

- Original Medicare *không* có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt trong chương trình của chúng tôi** khi khoản bao trả của chương trình mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Nếu quý vị nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị: 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.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare.

Phần 2.3 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thay đổi bảo hiểm y tế của mình *một lần* trong **Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage**.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage hàng năm** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới được ghi danh vào chương trình MA, từ tháng được hưởng bảo hiểm Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.
- **Trong Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage hàng năm**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa.

- Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu chuyển sang Original Medicare của quý vị. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Phần 2.4 Trong một số trường hợp, quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Trong một số trường hợp, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên vào các thời điểm khác trong năm. Giai đoạn này được gọi là **Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu bất kỳ tình huống nào sau đây áp dụng cho quý vị. Đây chỉ là những ví dụ, để xem danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi cho Medicare, hoặc truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov):

- Thông thường, là khi quý vị chuyển đi
- Nếu quý vị có QUEST (Medicaid)
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ giúp Bổ sung” để thanh toán cho thuốc kê toa Medicare của mình
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị
- Nếu quý vị đang được chăm sóc tại một cơ sở, chẳng hạn như nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC)
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia một chương trình quản lý thuốc, quý vị có thể không được thay đổi chương trình. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.

Lưu ý: Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt đối với những người có bảo hiểm Medicaid.

Các giai đoạn thời gian ghi danh sẽ khác nhau tùy thuộc vào trường hợp của quý vị.

Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt hay không, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi số điện thoại 1-877-486-2048. Nếu quý vị đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm y tế Medicare và bảo hiểm thuốc kê toa. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa.
- Original Medicare có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng.
- – hoặc – Original Medicare *không* có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có tín dụng từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc Medicare.

Chương 10 Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Nếu quý vị nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị: 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.

Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt đối với những người có bảo hiểm Medicaid và “Trợ giúp Bổ sung”.

Phần 2.5 Quý vị có thể nhận thêm thông tin về thời điểm kết thúc tư cách hội viên ở đâu?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc kết thúc tư cách hội viên của mình, quý vị có thể:

- **Gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng.**
- Quý vị có thể tìm thấy thông tin trong *Sổ tay Medicare & Quý vị 2025*.
- Liên hệ với **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 3 Quý vị chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi bằng cách nào?

Bảng dưới đây giải thích cách quý vị chấm dứt tư cách hội viên chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những gì quý vị nên làm:
• Một chương trình bảo hiểm y tế khác của Medicare.	• Ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi HMSA Akamai Advantage Dual Care khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
• Original Medicare có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng.	• Ghi danh vào chương trình thuốc kê toa Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi HMSA Akamai Advantage Dual Care khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
• Original Medicare <i>không</i> có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng. ○ Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không đăng ký tham gia	• 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 điều này.

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.

- Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ nếu sau đó quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare.

- Quý vị cũng có thể 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.
- Quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi *HMSA Akamai Advantage Dual Care* khi bảo hiểm theo chương trình Original Medicare của quý vị bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare.

Nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi QUEST (Medicaid), hãy liên hệ với Sở Dịch vụ Nhân sinh Tiểu bang Hawai'i, Bộ phận MedQUEST sử dụng thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này. Hủy 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 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm, dịch vụ y tế và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách hội viên *HMSA Akamai Advantage Dual Care* của quý vị kết thúc và bảo hiểm Medicare và Medicaid mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc kê toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt mua qua bưu điện để lấy thuốc kê toa của quý vị.**
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị kết thúc, việc nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả cho đến khi quý vị xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi khoản bao trả sức khỏe mới bắt đầu).**

PHẦN 5 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình?

***HMSA Akamai Advantage Dual Care* phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:**

- Nếu quý vị không còn tham gia Medicare Phần A và Phần B nữa.
- Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện để tham gia QUEST (Medicaid). Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện tham gia cả Medicare và QUEST (Medicaid). Nếu quý vị mất tư cách tham gia QUEST (Medicaid), quý vị sẽ được cho một tháng theo lịch để lấy lại toàn bộ tư cách tham gia QUEST (Medicaid) của mình. Nếu sau một tháng theo lịch đầy đủ, quý vị chưa lấy lại được đầy đủ tư cách tham gia QUEST (Medicaid) và quý vị chưa ghi danh vào một chương trình khác, quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi *HMSA Akamai Advantage Dual Care* vào cuối tháng.
- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị không ở khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
 - Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc có chuyến đi dài, hãy gọi cho bộ phận Quan hệ Khách hàng để tìm hiểu xem nơi quý vị sẽ chuyển chỗ ở hoặc đi đến có nằm trong khu vực của chương trình chúng tôi không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù).
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác, quý vị được chương trình đó bao trả thuốc kê toa.
- Nếu quý vị cố ý cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi ghi danh tham gia chương trình và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện tham gia chương trình của quý vị. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước).
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây gián đoạn và khiến chúng tôi khó cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước).
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ hội viên của mình để nhận chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước).
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị không trả phí bảo hiểm cho chương trình trong hai tháng dương lịch.
 - Chúng tôi phải thông báo bằng văn bản cho quý vị rằng quý vị có hai tháng dương lịch để nộp phí bảo hiểm cho chương trình trước khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị.
- Nếu quý vị phải trả thêm tiền Phần D do thu nhập và quý vị không trả, quý vị sẽ bị Medicare hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, hãy gọi cho Bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Phần 5.2	Chúng tôi <u>không thể</u> yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị
-----------------	--

HMSA Akamai Advantage Dual Care không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy rằng quý vị đang bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

Phần 5.3	Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi
-----------------	--

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết lý do kết thúc tư cách hội viên của quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của chúng tôi.

CHƯƠNG 11:

Thông báo Pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

Luật pháp chính áp dụng cho tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này là Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội và các quy định được tạo ra theo Đạo luật An sinh Xã hội của Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, hoặc CMS. Ngoài ra, các luật Liên bang khác có thể được áp dụng và, trong một số trường hợp, luật pháp của tiểu bang mà quý vị sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi luật pháp không được bao gồm hoặc giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, xu hướng tình dục, khuyết tật tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm yêu cầu bồi thường, bệnh sử, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng được bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ luật pháp Liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo luật Dân quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi chức năng năm 1973, Đạo luật Chống Phân biệt đối xử theo Tuổi tác năm 1975, Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật, Mục 1557 của Đạo luật Chăm sóc Sức khỏe Giá cả Phải chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ của Liên bang và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng cho bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, vui lòng gọi cho **Văn phòng Dân quyền** của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem thông tin từ Văn phòng Dân quyền của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để được chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số Bộ phận Quan hệ Khách hàng. Nếu quý vị có khiếu nại, chẳng hạn như có vấn đề với việc tiếp cận xe lăn, bộ phận Quan hệ Khách hàng có thể trợ giúp.

Hawai'i Medical Service Association ("HMSA") tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục.

HMSA:

- Cung cấp các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để trao đổi thông tin với chúng tôi một cách hiệu quả, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ chuyên môn
 - Thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác (bản in cỡ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên có trình độ chuyên môn
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, vui lòng gọi đến số điện thoại miễn cước 1-800-660-4672. TTY 711.

Nộp đơn than phiền với HMSA

Nếu quý vị tin rằng HMSA đã phân biệt đối xử theo bất kỳ cách nào dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Điều phối viên Dân quyền của HMSA theo một số cách như liệt kê dưới đây:

Thư tín: 818 Ke'eumoku St., Honolulu, HI 96814

Điện thoại: 1-800-776-4672 số điện thoại miễn cước; người dùng TTY, xin gọi 711.

Fax: (808) 948-6414

Email: Compliance_Ethics@hmsa.com

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền trực tiếp. Nếu quý vị cần trợ giúp về việc nộp đơn khiếu nại, Điều Phối Viên Phụ Trách Quyền Công Dân của HMSA luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Những đơn than phiền đó phải được gửi cho Điều phối viên Dân quyền của HMSA trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị biết về (các) hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc.

Nộp đơn khiếu nại lên Chính phủ Liên bang

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân tới Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền Công dân, qua mạng điện tử thông qua Cổng Truy vấn các Khiếu nại về Quyền Công dân, có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, hoặc bằng thư hoặc điện thoại tại:

Thư tín: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201,

Điện thoại: số miễn cước 1-800-368-1019; đối với người dùng TDD, gọi số miễn cước 1-800-537-7697.

Quý vị cũng có thể xem thông tin từ Văn phòng Dân quyền của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>. Quý vị có thể tìm các biểu mẫu phàn nàn tại địa chỉ <http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Những khiếu nại như vậy phải được nộp trong vòng 180 ngày kể từ ngày bị cáo buộc phân biệt đối xử.

PHẦN 3 Thông báo về việc hội viên không phải chịu trách nhiệm

Trong trường hợp HMSA không hoàn trả chi phí của nhà cung cấp trong Mạng lưới cho các dịch vụ được bao trả, quý vị sẽ không phải chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khoản tiền nào mà HMSA nợ.

PHẦN 4 Thông báo về thời những bên khác chịu trách nhiệm chi trả cho thương tích

Chúng tôi không thanh toán các chi phí y tế được bảo hiểm bồi thường cho người lao động hoặc bảo hiểm ô tô bao trả theo yêu cầu của luật tiểu bang Hawaii. Khi những bên khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán chi

phí y tế hoặc thuốc theo toa của quý vị (do trách nhiệm pháp lý do sai lầm, bảo hiểm hoặc các hình thức khác), các quy tắc trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba của chúng tôi sẽ được áp dụng và quý vị nên yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao các quy tắc này. Quý vị phải thông báo kịp thời bằng văn bản cho chúng tôi về thương tích, yêu cầu bồi thường và yêu cầu phục hồi của quý vị nhận được, đồng thời phải nhanh chóng điền và gửi lại cho chúng tôi tất cả các giấy tờ chúng tôi yêu cầu để xác định phạm vi bảo hiểm và đảm bảo quyền bồi hoàn của chúng tôi cho bất kỳ khoản tiền nào chúng tôi thanh toán. Medicare và HMSA có quyền lưu giữ tài sản và quyền bồi hoàn ở mức độ đầy đủ của bất kỳ chi phí nào đã thanh toán.

PHẦN 5 Thông báo về các chính sách và thực hành quyền riêng tư của chúng tôi đối với thông tin tài chính cá nhân theo yêu cầu của pháp luật

(Quyền riêng tư của Thông tin Tài chính của Người tiêu dùng, H.R.S. Chương 431, Điều 3A, có hiệu lực ngày 1 tháng 7 năm 2002) Luật tiểu bang yêu cầu HMSA cung cấp thông báo hàng năm về các chính sách và thực hành quyền riêng tư của chúng tôi đối với thông tin tài chính cá nhân cho các hội viên đã ghi danh tham gia các chương trình bảo hiểm y tế cá nhân của chúng tôi. Phần này chứa thông tin về cách chúng tôi thu thập và tiết lộ thông tin tài chính cá nhân về các hội viên của chúng tôi cho các chi nhánh của chúng tôi và cho các bên thứ ba không phải là chi nhánh. Điều này áp dụng cho các hội viên HMSA trước đây cũng như hiện tại.

HMSA và các tổ chức liên kết của chúng tôi trên toàn tiểu bang Hawaii đã thiết lập các chính sách và thông lệ sau:

- Duy trì các biện pháp bảo vệ vật lý, kỹ thuật và hành chính để bảo vệ quyền riêng tư, tính bảo mật và toàn vẹn của thông tin cá nhân.
- Đảm bảo rằng những người trong đội ngũ nhân viên của chúng tôi có quyền truy cập hoặc sử dụng thông tin cá nhân của quý vị cần thông tin đó để thực hiện công việc của họ và đã được đào tạo để xử lý thông tin cá nhân đúng cách. Nhân viên của chúng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm với ban quản lý về việc tuân thủ các chính sách và thực hành của chúng tôi.
- Yêu cầu các bên thứ ba truy cập thông tin cá nhân của quý vị thay mặt chúng tôi tuân thủ luật hiện hành và đồng ý với các tiêu chuẩn nghiêm ngặt về bảo mật và an ninh của HMSA.

Thu thập thông tin tài chính cá nhân

HMSA thu thập thông tin tài chính cá nhân về quý vị cần thiết để quản lý chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Chúng tôi có thể thu thập thông tin tài chính cá nhân về quý vị từ các nguồn như đơn đăng ký hoặc các biểu mẫu khác mà quý vị hoàn thành và các giao dịch của quý vị với chúng tôi, các chi nhánh của chúng tôi hoặc những bên khác.

Chia sẻ thông tin tài chính cá nhân

HMSA có thể chia sẻ với các chi nhánh của chúng tôi và với các bên thứ ba không phải chi nhánh bất kỳ thông tin tài chính cá nhân nào cần thiết để quản lý chương trình bảo hiểm y tế của quý vị theo sự cho phép của pháp luật. Các bên thứ ba không liên kết là những thực thể không phải là một phần của HMSA và các chi nhánh của HMSA. Chúng tôi không chia sẻ thông tin tài chính cá nhân của quý vị với bất kỳ ai mà không có sự cho phép của quý vị.

PHẦN 6 **Thông báo về quyền thế quyền của Bên trả tiền Thứ hai của Medicare**

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải là người trả tiền chính. Theo các quy định của CMS tại 42 CFR mục 422.108 và 423.462, *HMSA Akamai Advantage Dual Care*, với tư cách là một Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền thu hồi tương tự như Bộ trưởng thực hiện theo các quy định CMS ở các phần phụ B đến D của phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế cho bất kỳ luật nào của Tiểu bang.

Trong một số trường hợp, các bên khác phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị trước chương trình bảo hiểm y tế Medicare Advantage của quý vị. Trong những trường hợp đó, chương trình Medicare Advantage của quý vị có thể thanh toán, nhưng có quyền nhận lại các khoản thanh toán từ những bên khác này. Các chương trình Medicare Advantage có thể không phải là bên chi trả chính cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nhận được. Những tình huống này bao gồm những tình huống trong đó Chương trình Medicare Liên bang được coi là bên thanh toán thứ hai theo luật về Bên thanh toán Thứ hai của Medicare. Đối với thông tin về chương trình Bên thanh toán Thứ hai của Medicare Liên Bang, Medicare đã viết một tài liệu với thông tin chung về những gì xảy ra khi những người có bảo hiểm Medicare có thêm loại bảo hiểm. Trường hợp này được gọi là *Medicare và các Quyền lợi Sức khỏe Khác: Your Guide to Who Pays First* (số xuất bản 02179). Quý vị cũng có thể nhận một bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần hoặc bằng cách truy cập trang web www.medicare.gov.

Quyền được nhận lại tiền của chúng tôi trong những tình huống này dựa trên các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm y tế này cũng như các điều khoản của luật Liên bang quản lý Chương trình Medicare. Bảo hiểm chương trình Medicare Advantage của quý vị luôn là bên thanh toán thứ hai đối với bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện hoặc dự kiến hợp lý sẽ được thực hiện theo:

- Luật hoặc kế hoạch bồi thường cho người lao động của Hoa Kỳ hoặc một Tiểu bang,
- Bất kỳ bảo hiểm không căn cứ vào lỗi nào, bao gồm bảo hiểm ô tô và bảo hiểm không xác định được lỗi và bảo hiểm thanh toán y tế,
- Bất kỳ hợp đồng bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm trách nhiệm nào (bao gồm cả chương trình tự bảo hiểm) được phát hành theo ô tô hoặc loại hợp đồng hoặc bảo hiểm khác, và
- Bất kỳ hợp đồng bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm ô tô nào (bao gồm cả chương trình tự bảo hiểm), bao gồm nhưng không giới hạn ở bảo hiểm cho lái xe không mua bảo hiểm và mua bảo hiểm quá thấp.

Vì chương trình Medicare Advantage của quý vị luôn là bên thanh toán thứ hai so với bất kỳ bảo hiểm không xác định được lỗi (Bảo vệ khỏi Thương tích Cá nhân) hoặc bảo hiểm thanh toán y tế, quý vị nên xem lại các hợp đồng bảo hiểm ô tô của mình để đảm bảo rằng các điều khoản hợp đồng thích hợp đã được lựa chọn để coi bảo hiểm ô tô của quý vị là ưu tiên hàng đầu cho việc điều trị y tế của quý vị phát sinh từ tai nạn ô tô.

PHẦN 7 **Thông báo về Thế quyền và Trách nhiệm của Bên thứ ba**

Chúng tôi không thanh toán chi phí y tế nào được bảo hiểm bồi thường cho người lao động hoặc bảo hiểm ô tô bao trả theo yêu cầu của luật tiểu bang Hawaii.

Nếu quý vị bị thương tích hoặc bệnh tật mà bên thứ ba phải chịu trách nhiệm do hành động cẩu thả hoặc cố ý, quý vị phải thông báo ngay cho chúng tôi. Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ khoản thanh toán nào thay mặt quý vị cho các dịch vụ được bao trả khi những bên khác chịu trách nhiệm về bệnh tật hoặc thương tích, chúng tôi có quyền được hoàn trả toàn bộ chi phí của các quyền lợi do chúng tôi cung cấp hoặc thanh toán. Quý vị cần phải hợp tác với chúng tôi để lấy lại các khoản tiền đó.

Quý vị cũng phải thông báo cho chúng tôi về bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc lấy lại tiền nào. HMSA có quyền được hoàn lại tiền hoặc bồi hoàn từ bất kỳ số tiền thu hồi được mà quý vị hoặc đại diện cho quý vị nhận được từ bất kỳ bên thứ ba nào chịu trách nhiệm về thương tích hoặc bệnh tật của quý vị.

Như đã nêu ở đây, trong những trường hợp này, chúng tôi có thể thay mặt quý vị thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế này, tùy thuộc vào các điều kiện được quy định trong điều khoản này để chúng tôi thu hồi các khoản thanh toán này từ quý vị hoặc từ các bên khác. Ngay khi thực hiện bất kỳ khoản thanh toán có điều kiện nào, chúng tôi sẽ được thay thế (thay vị trí) tất cả các quyền thu hồi mà quý vị có đối với bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào chịu trách nhiệm thanh toán cho thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý của quý vị hoặc đối với bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào được liệt kê là bên thanh toán chính ở trên.

Ngoài ra, nếu quý vị nhận được khoản thanh toán từ bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào chịu trách nhiệm thanh toán cho thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý của quý vị hoặc quý vị nhận được khoản thanh toán từ bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào được liệt kê là bên thanh toán chính ở trên, chúng tôi có quyền thu hồi và được quý vị bồi hoàn tất cả các khoản thanh toán có điều kiện mà chúng tôi đã thực hiện hoặc sẽ thực hiện do thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý đó.

Chúng tôi sẽ tự động có quyền lưu giữ tài sản trong phạm vi quyền lợi mà chúng tôi đã thanh toán cho việc điều trị thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý, sau khi khoản thanh toán được thu hồi cho dù bằng cách giải quyết, phán quyết hay cách khác. Quyền lưu giữ tài sản có thể được thực thi đối với bất kỳ bên nào sở hữu số tiền hoặc số tiền thu được đại diện cho số tiền quyền lợi mà chúng tôi đã thanh toán cho bao gồm, nhưng không giới hạn ở, quý vị, đại diện hoặc đại lý của quý vị, bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào chịu trách nhiệm thanh toán cho thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý của quý vị hoặc bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào được liệt kê là bên thanh toán chính ở trên. Bằng cách chấp nhận các quyền lợi (cho dù việc thanh toán các quyền lợi đó được thực hiện cho quý vị hay được thực hiện thay mặt quý vị cho bất kỳ nhà cung cấp nào), quý vị đồng ý rằng nếu quý vị nhận được bất kỳ khoản thanh toán nào do một chấn thương, bệnh tật hoặc bệnh lý, quý vị sẽ đóng vai trò là người được ủy thác ngụ ý đối với số tiền đó.

Bằng cách chấp nhận các quyền lợi (cho dù việc thanh toán các quyền lợi đó được thực hiện cho quý vị hay được thực hiện thay mặt quý vị cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào) từ chương trình Medicare Advantage của quý vị, quý vị thừa nhận rằng quyền thu hồi của chương trình là yêu cầu ưu tiên hàng đầu và phải được thanh toán cho chương trình trước bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác cho thiệt hại của quý vị. Chúng tôi sẽ có quyền được bồi hoàn đầy đủ trên cơ sở bảo hiểm toàn bộ chi phí từ bất kỳ khoản thanh toán nào, ngay cả khi khoản thanh toán đó cho chương trình sẽ giúp quý vị được bồi thường nhưng không đủ để quý vị được bồi thường toàn bộ hoặc bồi thường một phần hoặc toàn bộ cho những thiệt hại mà quý vị phải chịu. Chúng tôi không bắt buộc phải tham gia hoặc trả chi phí tòa án hoặc phí luật sư cho bất kỳ luật sư nào do quý vị thuê để theo đuổi các yêu cầu bồi thường thiệt hại của quý vị.

Chúng tôi có quyền được thu hồi toàn bộ số tiền bất kể có bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào chịu trách nhiệm thanh toán cho thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý của quý vị hoặc bất kỳ cá nhân, tổ chức hoặc công ty bảo hiểm nào được liệt kê là bên thanh toán chính ở trên thừa nhận trách nhiệm thanh toán hay không. Chúng tôi có quyền được thu hồi toàn bộ số tiền bất thỏa thuận thanh toán hoặc phán quyết mà quý vị nhận được có xác định các quyền lợi y tế mà chương trình cung cấp hay có ý định phân bổ bất kỳ phần nào

của thỏa thuận thanh toán hoặc phán quyết đó để thanh toán các chi phí khác ngoài chi phí y tế hay không. Chúng tôi có quyền thu hồi từ bất kỳ và tất cả các thỏa thuận thanh toán hoặc phán quyết, ngay cả những khoản được chỉ định là bồi thường cho nỗi đau đớn và đau khổ, thiệt hại phi kinh tế và/hoặc thiệt hại chung.

Quý vị, và người đại diện theo pháp luật của quý vị, sẽ hợp tác đầy đủ với các nỗ lực của chúng tôi để thu hồi các quyền lợi mà chúng tôi đã thanh toán. Quý vị có nghĩa vụ thông báo cho chúng tôi trong vòng 30 ngày kể từ ngày thông báo cho bất kỳ bên nào, bao gồm cả công ty bảo hiểm hoặc luật sư, về ý định theo đuổi hoặc điều tra yêu cầu bồi thường để thu hồi thiệt hại hoặc nhận khoản bồi thường do thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý của quý vị. Quý vị và các đại lý hoặc người đại diện của quý vị sẽ cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu của chúng tôi hoặc đại diện của chúng tôi. Quý vị sẽ không làm gì để gây tổn hại đến quyền thế quyền hoặc lợi ích thu hồi của chúng tôi hoặc gây tổn hại đến khả năng thực thi các điều khoản của quy định này của chúng tôi. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở việc không thực hiện bất kỳ thỏa thuận hoặc thu hồi nào nhằm giảm giá trị hoặc loại trừ toàn bộ chi phí của tất cả các quyền lợi do chương trình cung cấp.

Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu hoặc không hỗ trợ chúng tôi theo đuổi quyền thế quyền hoặc quyền thu hồi của mình có thể dẫn đến việc quý vị chịu trách nhiệm cá nhân về việc bồi hoàn cho chúng tôi các quyền lợi được thanh toán liên quan đến thương tích, bệnh tật hoặc bệnh lý cũng như các khoản phí và chi phí luật sư hợp lý của chúng tôi phát sinh để được bồi hoàn từ quý vị. Để biết thêm thông tin, xem 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(ii) và các đạo luật của Medicare.

PHẦN 8 Báo cáo về gian lận, lãng phí và lạm dụng

HMSA cam kết xác định và ngăn chặn gian lận, lãng phí và lạm dụng theo Medicare. Quý vị có thể hỗ trợ chúng tôi bằng cách báo cáo bất kỳ trường hợp gian lận chăm sóc sức khỏe tiềm ẩn nào cho chúng tôi. Nếu quý vị nhận thấy bất kỳ hoạt động đáng ngờ nào, chẳng hạn như yêu cầu thanh toán bảo hiểm giả mạo, dịch vụ không cần thiết hoặc sử dụng sai ID Medicare của mình, vui lòng báo cáo ngay lập tức. Vui lòng xem lại Bản giải thích Quyền lợi (EOB) của quý vị để biết bất kỳ sự khác biệt nào, các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị không nhận được. Nếu quý vị nhận thấy bất kỳ hoạt động đáng ngờ nào, vui lòng báo cáo ngay lập tức. Quý vị có thể báo cáo Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng (FWA) một cách bảo mật bằng cách gọi đến đường dây nóng của chúng tôi theo số (808) 948-5166 hoặc số điện thoại miễn phí 1-888-398-6445. Sự cảnh giác của quý vị giúp bảo vệ lợi ích của quý vị và duy trì tính toàn vẹn của hệ thống chăm sóc sức khỏe của chúng tôi.

CHƯƠNG 12:

Định nghĩa các thuật ngữ quan trọng

Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu – Một Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu là một tổ chức hoạt động chỉ nhằm mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho những bệnh nhân không cần phải nhập viện và những người dự kiến sẽ ở lại trung tâm không quá 24 giờ.

Kháng nghị – Kháng nghị là điều quý vị làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa hoặc thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận được.

Giai đoạn thụ hưởng Quyền lợi – Cách thức đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Giai đoạn thụ hưởng quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn thụ hưởng quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện (hoặc chăm sóc chuyên môn tại SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi giai đoạn thụ hưởng quyền lợi kết thúc, giai đoạn thụ hưởng quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không có giới hạn về các giai đoạn thụ hưởng quyền lợi.

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

Thuốc tương tự sinh học – Một loại sản phẩm sinh học rất giống, nhưng không giống hệt với sản phẩm sinh học ban đầu. Các loại thuốc tương tự sinh học cũng an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học ban đầu. Một số thuốc tương tự sinh học được thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới (Xem “**Thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi**”).

Biệt dược – Thuốc kê toa do công ty dược phẩm nghiên cứu ban đầu và phát triển thuốc sản xuất và bán ra thị trường. Biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt tính như phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không được bán cho đến khi bằng sáng chế thuốc biệt dược hết hạn.

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương – Là giai đoạn trong Quyền lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (các bên đủ điều kiện khác thay mặt cho quý vị) đã chi trả trả \$2,000 cho các loại thuốc Phần D được bao trả trong năm được bao trả. 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.

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan Liên bang quản lý Medicare.

Chương trình nhu cầu đặc biệt chăm sóc mạn tính – C-SNP là các SNP hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân hội đủ điều kiện tham gia MA có một hoặc nhiều bệnh lý mạn tính nghiêm trọng hoặc tàn tật, như được định nghĩa theo 42 CFR 422.2, bao gồm hạn chế ghi danh dựa trên nhiều nhóm tình trạng thường kèm theo và liên kết lâm sàng được quy định trong 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Tiền đồng bảo hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả, được biểu thị bằng phần trăm (ví dụ 20%) như là phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc kê toa sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào.

Tổng số tiền xuất túi tối đa – Đây là số tiền tối đa quý vị sẽ chi trả trong một năm cho tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B từ cả nhà cung cấp trong mạng lưới (được ưu tiên) và nhà cung cấp ngoài mạng lưới (không được ưu tiên). (Lưu ý: 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.)

Khiếu nại – Tên chính thức của nộp đơn khiếu nại là **nộp đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Bao gồm các vấn đề liên quan đến phẩm chất chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Điều này cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo các khoảng thời gian trong quá trình kháng nghị.

Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF) – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc thương tích, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu nghề nghiệp và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-lời nói, và dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Tiền đồng thanh toán (hoặc tiền đồng trả) – Số tiền quý vị có thể phải trả như là phần chia sẻ chi phí cho một dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám tại bệnh viện ngoại trú hoặc thuốc kê toa. Khoản đồng thanh toán (ví dụ \$10) là số tiền cố định, không phải tỷ lệ phần trăm.

Chia sẻ chi phí – Chia sẻ chi phí là số tiền mà một hội viên phải trả khi nhận được dịch vụ hoặc thuốc. (Đây là số tiền ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.) Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của ba loại thanh toán sau đây: (1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp đặt trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả; (2) bất kỳ khoản đồng thanh toán cố định nào mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào, một tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận một loại dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Quyết Định Bao Trả – Một quyết định về việc một loại thuốc được kê toa cho quý vị có được chương trình bao trả hay không và số tiền, nếu có, quý vị phải trả cho thuốc kê toa. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc đến nhà thuốc và nhà thuốc cho quý vị biết thuốc kê toa đó không được chương trình bao trả, đó không phải là quyết định bao trả. Quý vị cần gọi điện hoặc viết thư cho chương trình của mình để yêu cầu một quyết định bao trả chính thức. Các quyết định về việc bao trả được gọi là **quyết định bao trả** trong tài liệu này.

Thuốc được Bao trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng có nghĩa là tất cả các loại thuốc kê toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch vụ được Bao trả – Thuật ngữ mà chúng tôi sử dụng có nghĩa là tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tiếp liệu được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo hiểm Thuốc kê toa Đạt chuẩn – Bảo hiểm thuốc kê toa (ví dụ: từ hãng sở hoặc công đoàn) dự kiến sẽ trả, trung bình, ít nhất là tương đương với bao trả thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bao trả này khi họ đủ điều kiện tham gia Medicare thường có thể giữ bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê toa Medicare sau đó.

Chăm sóc Giám hộ – Chăm sóc giám hộ là hình thức chăm sóc được cung cấp tại viện dưỡng lão, nhà tế bần hay môi trường cơ sở khác khi quý vị không cần dịch vụ chăm sóc y tế hay chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc giám hộ là chăm sóc cá nhân có thể được thực hiện bởi những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc không được đào tạo, bao gồm giúp đỡ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên hoặc ra khỏi giường hoặc ghế, di chuyển xung quanh nhà và sử dụng phòng tắm. Chăm sóc này cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm, như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc giám hộ.

Quan hệ Khách hàng – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng nghị của quý vị. Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên hệ với bộ phận Quan hệ Khách hàng.

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày – Mức chia sẻ chi phí hàng ngày có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho quý vị và quý vị phải trả một khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ phí tổn hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày cung cấp thuốc trong một tháng. Dưới đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng là \$30, và lượng thuốc dùng trong một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày, thì mức chia sẻ chi phí hàng ngày của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Khoản khấu trừ – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa trước khi chương trình của chúng tôi chi trả.

Hủy Ghi danh hoặc Hủy bỏ Ghi danh – Quá trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp phát – Một khoản phí được tính mỗi lần một loại thuốc được bao trả được phân phát để thanh toán chi phí mua thuốc kê toa như thời gian của dược sĩ để chuẩn bị và đóng gói thuốc kê toa.

Chương trình nhu cầu đặc biệt hội đủ điều kiện kép (D-SNP) – Một loại chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và hỗ trợ y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc tất cả chi phí Medicare, tùy thuộc vào tình trạng hội đủ điều kiện của tiểu bang và cá nhân.

Cá nhân hội đủ điều kiện kép – Một người hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế nhất định được bác sĩ của quý vị yêu cầu vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm: khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo âm ngữ, thiết bị oxy, máy xông khí dung hoặc giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu để sử dụng tại nhà.

Cấp cứu – Tình huống cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để không bị mất mạng (và mất thai nhi nếu quý vị là phụ nữ đang mang thai), mất một chi hoặc mất chức năng của một chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc một tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn.

Chăm sóc Cấp cứu – Các dịch vụ được bao trả mà: (1) được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế cấp cứu.

Chứng từ Bảo hiểm (EOC) và Thông tin Tiết lộ – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào, điều khoản riêng hoặc bảo hiểm tùy chọn khác được chọn, giải thích về khoản bao trả của quý vị, nhiệm vụ của chúng tôi, các quyền của quý vị và nghĩa vụ của quý vị khi là hội viên chương trình của chúng tôi.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bao trả mà nếu được phê duyệt sẽ cho phép quý vị nhận được một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (một ngoại lệ về danh mục thuốc), hoặc nhận một loại thuốc không được ưu tiên ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về bậc thuốc). Quý vị cũng có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận được thuốc mà quý vị đang yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có sự cho phép trước cho một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế tiêu chí hoặc chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng thuốc quý vị đang yêu cầu (một ngoại lệ về danh mục thuốc).

“Trợ giúp Bổ sung” – Một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán chi phí chương trình thuốc kê toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Một loại thuốc theo toa được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt là có cùng thành phần hoạt chất như biệt dược. Nói chung, thuốc gốc có tác dụng giống như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn.

Trợ lý Chăm sóc sức khỏe tại gia – Một trợ lý chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của một y tá hoặc chuyên viên trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập được chỉ định).

Chăm sóc cuối đời – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho một hội viên đã được chứng nhận y tế là bị bệnh giai đoạn cuối, có nghĩa là còn sống được từ 6 tháng trở xuống. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp một danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, quý vị vẫn là hội viên của chương trình chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm viện Nội trú – Nằm viện khi quý vị đã được chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là một bệnh nhân ngoại trú.

Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi theo báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là khoản phụ phí được thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả phí bảo hiểm cao hơn.

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí xuất túi của quý vị trong năm đạt đến ngưỡng tiền xuất túi.

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu – Khi quý vị hội đủ điều kiện tham gia Medicare lần đầu tiên, đó là thời gian quý vị có thể ghi danh Medicare Phần A và Phần B. Ví dụ, nếu quý vị hội đủ điều kiện cho Medicare khi quý vị bước sang tuổi 65, Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị là thời gian 7 tháng bắt đầu từ 3 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm tháng quý vị bước sang tuổi 65, và kết thúc 3 tháng sau khi quý vị bước sang tuổi 65.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt theo Thẻ chế (SNP) – Một chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện, những người sẽ thường xuyên sống hoặc dự đoán sẽ sống liên tục từ 90 ngày trở lên trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Các cơ sở này có thể bao gồm một cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Cơ sở Chăm sóc trung gian cho những người khuyết tật trí tuệ (ICF/IID), cơ sở tâm thần nội trú và/hoặc các cơ sở được CMS phê duyệt cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự được bao trả theo Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid; và những người cư trú có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự với các loại cơ sở được chỉ định khác. Một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt theo thẻ chế phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) (các) cơ sở LTC cụ thể.

D-SNP Tích hợp– 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.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt tương đương theo Thẻ chế (SNP) – Một chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện sống trong cộng đồng nhưng yêu cầu mức độ chăm sóc theo tổ chức dựa trên đánh giá của Tiểu bang. Đánh giá này phải được thực hiện bằng cùng một công cụ đánh giá mức độ chăm sóc tương ứng của Tiểu bang và được quản lý bởi một tổ chức không phải là tổ chức cung cấp chương trình. Loại Chương trình Nhu cầu Đặc biệt này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú trong một cơ sở hỗ trợ sinh hoạt (ALF) theo hợp đồng nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên biệt một cách đồng nhất.

Than phiền Tích hợp – Một loại khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc, bao gồm khiếu nại về phẩm chất dịch vụ chăm sóc của quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp về khoản bao trả hoặc thanh toán.

Quyết định của Tổ chức Tích hợp – Quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định về việc liệu các vật dụng hoặc dịch vụ có được bao trả hay không hoặc số tiền quý vị phải thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức được gọi là quyết định bao trả trong tài liệu này.

Thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi – 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.

Ngày dự phòng trọn đời – Quý vị hội đủ điều kiện nhận thêm 60 ngày nằm viện nội trú được Medicare bao trả sau 90 ngày đầu tiên nằm viện được Medicare bao trả. Chỉ có thể sử dụng 60 ngày dự phòng này một lần trong suốt cuộc đời của quý vị.

Danh sách Thuốc được Bao trả (Danh Mục Thuốc hoặc Danh Sách Thuốc) – Một danh sách thuốc kê toa được chương trình bao trả.

Trợ cấp Thu nhập Thấp (LIS) – Xem phần “Trợ giúp Bổ sung”.

Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất – Một chương trình theo đó 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. Giảm giá dựa trên các thỏa thuận giữa chính phủ Liên bang và các nhà sản xuất thuốc.

Số Tiền Xuất Túi Tối Đa – Số tiền xuất túi lớn nhất quý vị chi trả trong năm theo lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ. Số tiền quý vị thanh toán cho phí bảo hiểm chương trình, phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và thuốc theo toa không được tính vào khoản xuất túi tối đa của quý vị. (Lưu ý: 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.) Xem Chương 4, Phần 1.3 để biết thông tin về khoản xuất túi tối đa của quý vị.

Medicaid (hoặc Trợ giúp Y tế) – Một chương trình hợp tác giữa chính quyền Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của Tiểu bang khác nhau, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid.

Chỉ định được Chấp nhận về mặt Y tế – Việc sử dụng một loại thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như thông tin về thuốc trong Danh mục thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống thông tin Micromedex DRUGDEX.

Cần thiết về mặt Y tế – Các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.

Medicare – Chương trình bảo hiểm y tế Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần phải lọc máu hoặc ghép thận).

Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage – Là khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy bỏ ghi danh chương trình của họ và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác hoặc nhận bảo hiểm qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage cũng có sẵn trong thời gian 3 tháng sau khi cá nhân đủ điều kiện tham gia Medicare.

Chương trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Phần C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B. Chương trình Medicare Advantage có thể là i) một HMO, ii) một PPO, iii) một chương trình Dịch Vụ Có Tính Phí Tư Nhân (Private Fee-for-Service, PFFS), hoặc iv) một chương trình Trương Mục Tiết Kiệm Y Tế Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Ngoài việc lựa chọn từ các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, Chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc kê toa). Những chương trình này được gọi là Chương trình **Medicare Advantage có Bảo hiểm Thuốc kê toa**.

Nhà cung cấp được Medicare phê duyệt – Nhà cung cấp được Medicare phê duyệt là nhà cung cấp DMEPOS được Medicare ghi danh hoặc bất kỳ chuyên gia hoặc bác sĩ đủ điều kiện nào đủ điều kiện để lập hóa đơn cho các dịch vụ và tiếp liệu Medicare. Một số thiết bị lâu bền, bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và tiếp liệu được các nhà cung cấp được Medicare phê duyệt này phân phối. Để tìm một nhà cung cấp được Medicare phê duyệt gần quý vị, hãy truy cập www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/.

Medicare Cost Plan – Medicare Cost Plan là chương trình do Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) hoặc Chương trình Y tế Cạnh tranh (CMP) điều hành theo hợp đồng được hoàn trả chi phí theo mục 1876(h) của Đạo luật.

Dịch vụ được Medicare Bao trả – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B bao trả. Thuật ngữ Dịch vụ được Medicare Bao trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị lực, nha khoa hoặc thính giác mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương trình Bảo hiểm Y tế Medicare – Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương trình Medicare Advantage, các Chương trình Chi phí Medicare, các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt, các Chương trình Minh họa/Thí điểm, và Các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE).

Bảo hiểm Thuốc kê toa Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm giúp chi trả thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin, sinh phẩm và một số tiếp liệu không được Medicare Phần A hoặc Phần B bao trả.

Hợp đồng bảo hiểm Medigap (Bảo hiểm Medicare Bổ sung) – Bảo hiểm Medicare bổ sung được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy *khoảng trống* trong Original Medicare. Các hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ hợp tác với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là một hợp đồng bảo hiểm Medigap).

Hội viên (Hội viên trong Chương trình của chúng tôi, hoặc Hội viên Chương trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và đã được xác nhận ghi danh bởi Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Nhà thuốc trong Mạng lưới – Một nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi có thể nhận được quyền lợi thuốc kê toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê toa của quý vị chỉ được bao trả nếu lấy tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong Mạng lưới – Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là thuật ngữ chung dành cho các bác sĩ, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và Tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là thanh toán đầy đủ và trong một số trường hợp sẽ điều phối cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới cũng được gọi là **nhà cung cấp trong chương trình**.

Chăm sóc theo dõi – Nằm viện dưới 48 giờ nếu: (1) Quý vị không được nhập viện để điều trị nội trú; (2) quý vị bị giữ lại trong phòng cấp cứu, phòng điều trị, phòng quan sát hoặc khu vực khác; hoặc (3) quý vị đang được theo dõi để xác định xem có cần phải nằm viện nội trú hay không.

Sản phẩm Sinh học Ban đầu – 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.

Original Medicare (Medicare Truyền thống hoặc Medicare Tính Phí Theo Dịch Vụ) – Original Medicare được cung cấp bởi chính phủ, chứ không phải là một chương trình bảo hiểm y tế tư nhân như Chương trình Medicare Advantage và các chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bao trả bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện và những nhà cung cấp khác các khoản thanh toán do Quốc hội thiết lập. Quý vị có thể thăm khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ. Medicare trả phần của mình cho số tiền được Medicare phê duyệt và quý vị trả phần của mình. Original Medicare có hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có sẵn ở khắp mọi nơi tại Hoa Kỳ.

Nhà thuốc ngoài Mạng lưới – Nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài Mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài Mạng lưới – Là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi mà để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là những nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi thuê, sở hữu hoặc điều hành.

Chi phí xuất túi – Xem định nghĩa chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của hội viên để thanh toán một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được cũng được gọi là yêu cầu chi phí tiền xuất túi của hội viên.

Ngưỡng Tiền xuất túi – Số tiền tối đa quý vị phải trả cho thuốc Phần D.

Chăm sóc giảm nhẹ – Chăm sóc giảm nhẹ là chăm sóc bệnh nhân và tập trung vào gia đình nhằm tối ưu hóa chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, ngăn ngừa và điều trị nỗi đau đớn. Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm giải quyết các nhu cầu về thể chất, trí tuệ, cảm xúc, xã hội và tinh thần để tạo điều kiện thuận lợi cho sự tự chủ của bệnh nhân, tiếp cận thông tin và lựa chọn.

Phần C – xem Chương Trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương trình Quyền lợi Thuốc kê toa tự nguyện của Medicare.

Thuốc Phần D – Thuốc có thể được bao trả theo Phần D. Chúng tôi có thể hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số loại thuốc đã bị Quốc hội loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được mọi chương trình bao trả.

Phạt Ghi danh trễ Phần D – Một khoản tiền ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm đạt chuẩn (mức bao trả dự kiến sẽ được thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc kê toa Medicare tiêu chuẩn) trong một khoảng thời gian liên tục 63 ngày hoặc lâu hơn sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Phần D. Nếu quý vị mất Trợ giúp Bỏ sung, quý vị có thể phải chịu khoản phạt ghi danh trễ nếu quý vị có 63 ngày liên tiếp trở lên không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đạt chuẩn khác.

Chương trình Preferred Provider Organization (PPO) – Một chương trình Preferred Provider Organization là một Chương trình Medicare Advantage có một mạng lưới những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có hợp đồng đã đồng ý điều trị cho các hội viên chương trình với một số tiền thanh toán cụ thể. Một chương trình PPO phải bao trả tất cả các quyền lợi của chương trình cho dù họ nhận được từ nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới. Chia sẻ chi phí hội viên thường sẽ cao hơn khi nhận được các quyền lợi từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các chương trình PPO có giới hạn hàng năm về phí tổn xuất túi của quý vị cho các dịch vụ nhận được từ nhà cung cấp trong mạng lưới (được ưu tiên) và giới hạn cao hơn đối với tổng phí tổn xuất túi kết hợp cho các dịch vụ từ cả nhà cung cấp trong mạng lưới (được ưu tiên) và ngoài mạng lưới (không được ưu tiên).

Phí Bảo hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa.

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khác mà quý vị thăm khám đầu tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế Medicare, quý vị phải thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi đến bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Cho phép trước – Phê duyệt trước để nhận một số dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4. Các loại thuốc được bao trả cần cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và các tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang web của chúng tôi.

Bộ phận giả và Dụng cụ Chỉnh hình – Các thiết bị y tế bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp cánh tay, lưng và cổ; chi nhân tạo; mắt nhân tạo; và các dụng cụ cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm tiếp liệu cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization, QIO) – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân Medicare.

Giới hạn Số lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc được lựa chọn vì lý do phẩm chất, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể dựa trên số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

“Công cụ Quyền lợi theo Thời gian thực” – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người đăng ký có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và công thức thuốc đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, dành riêng cho người đăng ký. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho tình trạng sức khỏe giống như một loại thuốc nhất định và các giới hạn bảo hiểm (Cho phép trước, Trị liệu Từng bước, Giới hạn Số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Các loại thuốc có thể giảm giá – Đạo luật Giảm Lạm phát năm 2022 yêu cầu các công ty dược phẩm phải bớt giá nếu họ tăng giá cho một số loại thuốc nhanh hơn tỷ lệ lạm phát. Nếu quý vị nhận được bất kỳ loại thuốc Phần B nào trong số này, quý vị có thể trả khoản đồng bảo hiểm thấp hơn. Nếu quý vị thanh toán nhiều hơn vào ngày sử dụng dịch vụ, chương trình của chúng tôi phải hoàn tiền cho quý vị.

Dịch vụ Phục hồi Chức năng – Những dịch vụ này bao gồm vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu và ngôn ngữ trị liệu, và trị liệu chức năng hoạt động.

Khu vực Dịch vụ – Khu vực địa lý nơi quý vị phải sống thì mới có thể tham gia một chương trình bảo hiểm y tế cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn các bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, thường đây là khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không phải cấp cứu). Chương trình phải hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị di chuyển vĩnh viễn ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Chăm sóc tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) – Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp trên cơ sở liên tục, hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc chích tĩnh mạch mà chỉ có do một y tá hoặc bác sĩ đã ghi danh thực hiện.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt – Một loại Chương trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Medicaid, sống trong nhà dưỡng lão, hoặc những người có một số bệnh trạng mạn tính nhất định.

Liệu pháp Từng bước – Một công cụ đòi hỏi quý vị phải thử một loại thuốc khác trước để điều trị bệnh lý của mình trước khi chúng tôi bao trả cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Thu nhập An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income, SSI) – Một quyền lợi hàng tháng do Cơ quan An sinh Xã hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế bị tàn tật, mù lòa hoặc từ 65 tuổi trở lên. Quyền lợi SSI không giống như quyền lợi An sinh Xã hội.

Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp – Một dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là một dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, hoặc việc tìm kiếm dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng với quý vị là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được, hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện tại. 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.

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.